

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 23

L E S

INVALIDES CÉRÉBRAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Novembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LEGRAND

Né le 28 Juin 1884 à Beaufort en Vallée (Maine-et-Loire),
Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 23

L E S

INVALIDES CÉRÉBRAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Novembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LEGRAND

Né le 28 Juin 1884 à Beaufort en Vallée (Maine-et-Loire),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales	TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	FONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A)
Matière médicale et Botanique	X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire.	ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	COLLET
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLONG
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COUR COMPLÉMENTAIRE

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND, ag.	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	PATEL	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	J. LÉPINE	VORON
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	NOGIER
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	MOUNEYRAT
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	LATARGET, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE		BÉRIEL, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BEAUVISAGE, *Président* ; MORAT, *Assesseur* ;

MM. CHATIN et J. LÉPINE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MADAME MEFFRAY

Alors que j'étais encore au Collège, vous avez décidé de mon avenir, en m'assurant les moyens d'entreprendre mes études médicales et plus tard, reçu à l'École de Lyon, ceux de les achever. Et maintenant, arrivé au terme de la route, grâce à vous suivie sans arrêt, permettez-moi de vous dédier ce modeste travail où je puis publiquement vous affirmer l'expression de ma très grande reconnaissance et de mon très profond respect.

J. L.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

Le Docteur LEGRAND

*De communes pensées nous ont unis et nous
uniront toujours. De nos douleurs, j'ai gardé
la foi ardente au Devenir meilleur, et je con-
serverai pieusement l'Idée qui m'a élevé et
pour laquelle les miens ont vécu,*

A MES SŒURS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. VERGELY

Professeur de Pathologie et de Thérapeutique générales
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

*Vous avez accueilli paternellement l'étudiant
qui vint vous demander conseil ; vous l'avez
depuis lors toujours encouragé. Pour toutes
vos bontés, recevez, Monsieur le Professeur,
l'expression de ma profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TESTUT

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Lyon,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

*En souvenir de l'accueil bienveillant qu'il nous
a fait durant nos trois années d'école et de
tous les encouragements qu'il nous a pro-
digués.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. LÉPINE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon,

Qui nous a aidé de ses conseils.

A MES MAÎTRES

des Facultés de Bordeaux et de Lyon

A mon Maître,

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PIERRET

Professeur de clinique des maladies mentales
à la Faculté de médecine de Lyon,
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Vous avez bien voulu diriger mes études de
pathologie mentale, en souvenir de celui qui
fut à Paris votre élève dans le service du Pro-
fesseur Vulpian, et décider du choix de cette
thèse, dont le meilleur vous appartient.*

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEAUVISAGE

Professeur de matière médicale et de botanique
à la Faculté de médecine de Lyon,
Adjoint au Maire,
Officier de la Légion d'honneur.

*En reconnaissance du très grand honneur qu'il
nous fait en acceptant la présidence de notre
thèse.*

PRÉFACE

L'Enfance anormale est à l'ordre du jour.

A côté des nombreuses publications parues durant ces dernières années, tant en France qu'à l'Etranger, nous demandons une petite place pour ce travail.

Tout n'a pas été dit sur la question. Elle n'est pas près non plus d'être épuisée.

Il y a un an à peine, ici même, M. le D^r CHAZAL soutenait une thèse inspirée par M. le professeur BEAUVISAGE sur les *Anormaux psychiques*. Œuvre de synthèse et de revue générale, elle mettait au point la question et faisait connaître en détail l'organisation de l'enseignement spécial à Lyon. Notre but n'est pas de revenir sur ce qui a été dit et si magistralement traité, mais de nous cantonner à peu près exclusivement sur le terrain de la clinique.

Il nous a fallu longtemps pour rassembler tous les documents qui nous étaient nécessaires pour écrire cette thèse. Dans cette recherche, nous avons été souvent aidés et il est de notre devoir de remercier ici tous ceux qui nous ont facilité notre tâche.

Tout d'abord M. le professeur agrégé J. LÉPINE nous a tenu au courant des derniers travaux et nous a mis en relation avec M. le D^r CHAZAL et les organisateurs de

l'Œuvre de l'Enfance anormale à la tête de laquelle se trouve être M. le professeur BEAUVISAGE. C'est ainsi que nous avons pu assister aux consultations du Dispensaire médico-pédagogique municipal de la rue de Tunisie, puis visiter les classes de perfectionnement, interroger leurs maîtres dévoués et recueillir sous la direction des deux médecins consultants, MM. les D^{rs} DEVAY et DODERO quelques-unes des observations publiées dans ce travail.

C'est à M. le professeur RÉGIS qui a eu l'extrême bonté de nous envoyer ses travaux et ceux de ses élèves sur l'Enfance anormale ainsi que son avis autorisé sur les questions d'assistance et de traitement que nous devons certains détails intéressants concernant l'organisation de l'Enseignement spécial à Bordeaux.

Mais ces documents que nous avons rassemblés étaient encore insuffisants pour nous permettre de traiter le chapitre III sur l'Enfance anormale à l'Etranger. C'est grâce à l'obligeance de M. le professeur EHRAHRD que nous avons pu entrer en relation avec M. CHABOT, professeur de pédagogie à la Faculté des Lettres de Lyon et nous procurer sur la question des *Hilfsschulen* et des *Hilfsklassen* des renseignements de tout premier ordre. M. CHABOT, en effet, a mis à notre disposition sa bibliothèque personnelle et celle de pédagogie qu'il a fondée pour ses étudiants à la Faculté des lettres.

Ce n'est pas tout. Au cours de ces dernières vacances, M. le Dr SCHLESINGER, de Strasbourg, et M. le professeur SANTÉ DE SANCTIS, de Rome, nous ont, tous deux, fait l'honneur de nous envoyer tout ce qu'ils

avaient récemment publié sur l'Enfance anormale. Il en a été de même de M. le Dr J. MOSES, de Mannheim, dont la longue lettre nous a été d'un secours précieux.

Nous les assurons tous de notre profonde reconnaissance pour la part qu'ils ont prise à l'achèvement de cette thèse. Notre reconnaissance est grande également pour tous ceux, maîtres ou camarades d'école, qui nous ont témoigné de la sympathie et qui ont contribué à élargir notre petit horizon ¹.

¹ Nous avons préféré employer dans les pages qui suivent l'expression d'*anormaux*, consacrée par l'usage plutôt que celle qui sert de titre à cette thèse. Il nous suffira, en effet, de l'avoir justifiée.

Nous emploierons souvent le mot *anormalité* au cours de cette étude. Nous prions le lecteur d'excuser ce néologisme qui nous a dispensé de longues périphrases et qui a le mérite, croyons-nous, d'être facilement compris.

LES INVALIDES CÉRÉBRAUX

INTRODUCTION

HISTORIQUE. — DÉFINITIONS.

CARACTÈRES PHYSIQUES. — CARACTÈRES PSYCHIQUES.

CLASSIFICATIONS. — FAUX ANORMAUX. — VRAIS ANORMAUX.

L'ANORMALITÉ NE PEUT ÊTRE DÉFINIE. — CONCLUSIONS.

Historique. — A ne considérer que l'intérêt toujours grandissant qui s'attache aujourd'hui à la question de l'*Enfance anormale*, l'on serait tenté de croire qu'elle ne date que d'hier. En réalité, elle est très ancienne et si les méthodes d'enseignement et les travaux vraiment scientifiques consacrés aux Enfants anormaux ne datent que du début du xix^e siècle, c'est de tout temps qu'on les a connus. Il serait trop long de retracer en détail l'histoire de la question : qu'il nous suffise de rappeler les premiers essais d'ITARD, en 1801, les travaux de FERRUS, FABRET, VOISIN, jusqu'au livre universellement connu de SEGUIN : *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et autres enfants anormaux* (1846). Cet éducateur acheva aux Etats-Unis (il

mourut à New-York en 1880) l'œuvre qu'il avait entreprise en France.

Ce fut BOURNEVILLE qui, succédant en 1879 à DELASIAUVE dans le service de Bicêtre, organisa la plus importante école pour Enfants arriérés et idiots qui existe en France. Par ses travaux et les nombreuses publications auxquelles ils ont donné lieu, BOURNEVILLE a considérablement élargi le champ de cette étude : à côté des idiots et des imbéciles, il existe un certain nombre d'enfants qui ne s'accommodent pas des méthodes pédagogiques ordinaires, des pervers, des instables, des épileptiques, etc. BOURNEVILLE fut aussi l'un des premiers à émettre le vœu de la création d'un enseignement spécial pour ces déshérités et ces infirmes.

Depuis lors, cette idée d'assistance et d'éducation spéciale, partie de France, nous est revenue de l'étranger, passée dans la pratique, réalisée sous forme de méthodes pédagogiques nouvelles et fécondes en résultats. Sous l'impulsion également des idées de philanthropie qui mettent à l'ordre du jour les questions sociales, savants et penseurs se sont intéressés à l'éducation de ces *Anormaux*. Diminuer le plus de non valeurs, éliminer le plus de déchets dans une société, assister les infirmes, protéger les faibles, instruire le plus grand nombre, c'est dans l'esprit des classes dirigeantes d'aujourd'hui, élever le niveau moral d'un pays et le mieux armer pour la lutte ardente et difficile que créent les concurrences internationales. Il y a au fond de toutes ces recherches, de toutes ces activités si généreusement dépensées la foi à la parole de Guyau : « *L'avenir, c'est nous qui le déciderons peut-être par la*

manière dont nous aurons élevé les générations nouvelles. »

Définitions. — Mais si l'accord s'est fait unanime sur l'urgence d'une assistance et d'un enseignement spécial, il est loin d'être complet encore sur les définitions et les classifications de ces *Anormaux*.

Qu'est-ce qu'un *Anormal* ?

Voici ce que disent MM. BINET et SIMON : « *Les anormaux sont un groupe tout à fait hétérogène d'enfants ; leur trait commun, qui est un caractère négatif, c'est que, par leur organisation physique et intellectuelle, ces êtres sont rendus incapables de profiter des méthodes ordinaires d'instruction et d'éducation qui sont en usage dans les écoles.* »

Assurément cette définition est bien vague, si tant est qu'elle en soit une, car les méthodes ordinaires d'instruction et d'éducation qui sont en usage dans les écoles publiques ne sauraient constituer un réactif scientifique suffisant pour déceler l'*Anormalité*. On pourrait adresser la même objection à ceux qui prennent pour réactif le *milieu social* : c'est ainsi que MM. DEMOOR et DANIEL¹ définissent tout être normal celui qui peut s'adapter aux conditions moyennes de la vie et tout être anormal celui qui ne pourra s'adapter à ces conditions. Evidemment cette définition renferme sa part de vérité, mais elle n'a aucun des caractères d'une définition scientifique : les conditions

¹ Les enfants anormaux à Bruxelles (*Ann. Psych.*, 1900).

moyennes de la vie changent trop avec les hommes, les temps et les pays.

MM. PHILIPPE et BONCOUR ont synthétisé les deux définitions précédentes en considérant l'école d'abord, puis la rue, comme les révélateurs de l'enfance anormale qui peut longtemps passer inaperçue dans le milieu familial.

M. le D^r CHAZAL, dans sa thèse : *Contribution à l'étude de l'Enfance anormale*, ajoute aux définitions précédentes un correctif important. Voici ce qu'il dit des *Anormaux psychiques* : ce sont des « *enfants qui, par suite de tares cérébrales, organiques ou fonctionnelles, occasionnant dans le développement de leurs facultés intellectuelles ou morales, des troubles plus ou moins profonds, sont incapables de profiter des méthodes d'enseignement actuellement employées dans les écoles.* »

En somme ce qui fait l'*Anormal*, c'est avant tout, la tare cérébrale organique ou fonctionnelle¹. Un enfant mentalement anormal est donc malade dans son système nerveux. C'est une définition à peu près équivalente que donne le professeur RÉGIS dans son rapport au maire de Bordeaux :

« *Les enfants mentalement anormaux ou anormaux psychiques sont ceux qui présentent des infirmités, des arrêts de développement, des déviations, des désharmonies, ou plus simplement de l'excitabilité, de l'instabilité morbide du cerveau, empêchant ou*

¹ Les vrais anormaux ont tous des tares, disait M. J. Voisin à la Soc. d'Hypn. et de pédagogie, séance 16 oct. 1906.

« diminuant leur adaptation aux méthodes d'éducation
« communes et réclamant l'intervention de l'hygié-
« niste. »

Caractères physiques. — Cependant, aucune de ces définitions n'est assez rigoureuse pour enfermer dans des limites précises la notion qu'elle veut exprimer. Aussi, au lieu de définir l'*Anormal*, essayons, s'il est possible, de le reconnaître à certains caractères objectifs du reste des *Normaux* au milieu desquels il se trouve placé.

Ces caractères seront de deux ordres : d'ordre physique et d'ordre psychologique.

Nous aurons l'occasion, dans la suite, d'insister sur les premiers en étudiant leur pathogénie, mais il faut avouer que l'on a depuis longtemps reconnue leur insuffisance pour diagnostiquer l'*Anormalité*.

Citons pourtant les plus intéressants.

DEMOOR a écrit (*Ann. psych.*, 1900) : *Ce qui a bien plus de valeur au point de vue de l'évaluation d'un type, c'est l'expression de la physionomie.*

Cette expression de la physionomie, si importante en pathologie nerveuse, est ce que M. PIERRET appelle la *mimique*. « Même, dit-il, si elle est due à quelque lésion de l'oreille, elle doit retenir l'attention : elle signifie tempérament convulsif. » Il ne faut pas confondre la mimique avec la régularité plus ou moins grande des traits du visage ; la beauté ni la laideur ne sauraient être des critères. N'oublions pas non plus que beaucoup d'anormaux (presque un tiers) ont, à première vue, l'air intelligent. Ce que l'on rencontre

assez souvent chez l'anormal, c'est l'asymétrie faciale¹, dans 10 pour 100 des cas, d'après le D^r SCHLESINGER.

C'est l'endroit de faire remarquer, sans entrer dans des détails qui nous entraîneraient trop loin, que parmi les *Anormaux*, les uns sont des *malades continus*, tandis que les autres sont des *anormaux à accès*, comme les appelle M. PIERRET. Chez ces derniers, les crises psychiques sont toujours accompagnées de troubles organiques qui se trahissent soit par de la fièvre, soit surtout par ces sillons unguéaux² que l'on retrouve aussi chez beaucoup d'aliénés, soit encore par l'état des téguments et des cheveux, soit enfin par des manifestations pathologiques variées au niveau des principaux viscères, comme le cœur, l'estomac, le foie, etc.

Pour toutes ces raisons, il faut se défier des enfants colères, à tempérament convulsif, de ceux qui ne dorment pas, de ceux dont les diverses fonctions s'exécutent mal, ou qui se plaignent de fréquents maux de tête.

Si nous avons énuméré ces divers signes, ce n'est pas dans le but d'être complet, ni d'en faire un critérium absolu de l'*anormalité* pour le pédagogue ou le médecin, mais à seul fin d'attirer leur attention sur des riens qui leur pourraient échapper et de montrer aussi combien cette question de diagnostic, en apparence si

¹ D'après Vaschide et Pelletier, le demi-produit des diamètres métopique transverse maximum et auriculo-bregmatique serait plus élevé chez les enfants classés parmi les intelligences supérieures.

² Ces sillons, particulièrement visibles à l'ongle du pouce, indiquent des troubles graves de la nutrition (Pierret).

simple, est complexe dans le fond. Voici d'ailleurs quelle valeur M. le D^r CHAZAL reconnaît à ces signes physiques :-

Il ne sont pas complètement pathognomoniques ; on peut noter leur présence chez des enfants normaux, comme aussi les voir manquer chez des anormaux. Ils accompagneront chez ces derniers les anomalies mentales congénitales.....

Les seuls stigmates caractéristique sont les stigmates psychiques.

Caractères psychiques. — S'il est vrai que les stigmates psychiques sont encore ce qu'il y a de plus caractéristique de l'anormalité, il ne faut pas s'étonner que la plupart de ceux qui se sont consacrés à son étude, particulièrement en France, leur aient exclusivement, ou presque, appliqué des méthodes psychologiques, d'abord de recherche, puis de traitement. C'est ainsi que le rôle du médecin, aux yeux de beaucoup de personnes compétentes, doit se borner à rechercher les stigmates physiques, s'il y en a, pour bâtir une observation, plus souvent seulement pour remplir un modèle réglementaire de fiche scolaire et appliquer, sans méthode, un traitement parfois opothérapique, le plus souvent hygiénique et reconstituant. Quant au pédagogue, c'est à lui qu'appartient le rôle de rechercher l'*anormal* à l'école, de le reconnaître dans la foule, de le signaler au médecin la plupart du temps, et exclusivement à lui le rôle de l'instruire et de l'élever.

Pour aussi inattendues que paraissent ces opinions,

elles n'en sont pas moins exprimées avec assez de parti pris dans le livre de M. BINET, écrit en collaboration avec un médecin, M. le Dr SIMON. Pour ces auteurs, c'est un *préjugé très tenace*, et qu'on aura sans doute beaucoup de peine à vaincre, *car il y a trop de gens qui ont intérêt à le maintenir afin d'en profiter*, que de croire que le diagnostic d'un *anormal* est l'affaire du médecin. A l'appui de leur opinion, ils font la critique facile de la valeur des stigmates physiques que nous avons discutée plus haut, mais cette critique les mène un peu loin, surtout pour ce qui concerne le traitement médical des anormaux, et nous aurons plusieurs fois, au cours de cette étude, l'occasion de la relever.

Mais, si le médecin est incompetent pour faire le diagnostic d'un *Anormal*, le psychologue et le pédagogue sont-ils mieux armés pour le faire ? Certes, les données psychologiques récentes concernant le développement intellectuel de l'enfant ont acquis, en France principalement, une ampleur et un intérêt tout particulier. Elles sont même si nombreuses que nous ne pouvons songer pour le moment à les exposer toutes et à les commenter, cependant pour donner une idée de la méthode psychologique actuelle appliquée à la pédagogie, nous dirons quelques mots de ce qu'à la suite de GALTON on a appelé *les tests*. Nous n'aurons en vue que ceux qui ont été employés dans un but de diagnostic : c'est-à-dire ceux de DEMOOR, de DECROLY et DEGAND et de BINET ; car jusqu'à présent, nous essayons de nous faire une idée précise de ce qu'est un *Anormal*, et, puisque aucune définition n'a été suffi-

sante, puisque les caractères physiques sont inconstants; nous laissons la parole au psychologue et au pédagogue.

M. DEMOOR a signalé ce qu'il appelle le signe de l'*Illusion des Poids* : tout enfant de six à sept ans à qui l'on présente deux objets de volume inégal, mais de même poids, considère le plus petit comme étant le plus lourd. Si à huit ans et au-dessus l'illusion ne se produit pas, il est établi par M. DEMOOR que l'enfant ne possède qu'un développement intellectuel insuffisant et qu'il ne pourra profiter de l'enseignement des écoles ordinaires. Assurément s'il était aussi facile de diagnostiquer un anormal, MM. BINET et SIMON auraient mille fois raison : point ne serait besoin d'un médecin, un maître d'école suffirait !

Quant aux tests psychiques proprement dits, leur principe, en apparence plus compliqué, est tout aussi simple en pratique que l'expérience de M. DEMOOR. Il suffirait, d'après certains auteurs, de questionnaires bien faits, en rapport avec l'âge des sujets, et l'on évaluerait au taux des réponses obtenues les intelligences de ces derniers¹. Nous n'insistons pas davantage; cependant, nous reconnaissons le grand intérêt qui s'attache à ces recherches, ce qu'elles ont demandé de patience à leurs auteurs, si nous ne leur accordons pas une valeur indiscutable et absolue. En effet, nous croyons que deux cerveaux ne se ressemblent pas assez pour réagir identiquement, ou seulement d'une façon comparable, aux mêmes incitations extérieures.

¹ M. Binet parle « d'une sorte d'échelle métrique de l'intelligence ». — *Méthode de diagnostic différentiel*, Damage et Blin.

Pierre et Paul sont tous deux âgés de six ans, on leur pose à tous deux la même question : la réponse du premier non seulement pourra différer de celle du second mais pourra lui être contradictoire sans qu'on puisse rien conclure de positif sur la valeur respective de leur intelligence ; enfin, il est évident aussi que l'intelligence de Pierre, par exemple, estimée débile ou insuffisante aujourd'hui, à une première série d'expériences, pourra se révéler tout à fait normale le lendemain.

Classifications. — Ce qui se dégage de toutes ces recherches psychologiques et pédagogiques, ce sont des notions plus précises qui vont nous conduire à la grosse question des classifications parmi les *Anormaux*.

Aujourd'hui, tant en France qu'à l'étranger, autant de rapporteurs dans les commissions ou les congrès, autant de médecins, de pédagogues ou de psychologues, autant de classifications différentes. En effet, comment classer les parties d'un tout qu'on ne sait pas définir ?

Nous ne rapporterons pas toutes celles qui ont été proposées. Certains se sont contentés, comme MM. MIRGUET et DERBLY¹, d'une énumération pure et simple. Un médecin, M. COURGEY², distingue des anormaux purement physiques, des anormaux intellectuels et moraux, enfin des anormaux mixtes, en quelque sorte physiques, intellectuels et moraux à la fois ! Dans chacune de ces trois catégories, il dispose trois séries d'anormaux : légers, moyens et profonds. C'est à coup

¹ L'Ecole nationale, 1^{er}-15 mars 1904 (*Rev. péd.*, 1904, n° 2).

² Recherche et classement des anormaux (*Arch. int. d'hyg. scol.*, 1905).

sûr très ingénieux, mais ce n'est pas exact. Cela ne permet à l'auteur que d'avancer cette opinion, très contestable du reste, que les anormaux purement physiques ressortissent exclusivement au médecin, ceux de la deuxième catégorie au pédagogue (le médecin a seulement le rôle du contrôleur) et ceux de la dernière aux deux à la fois. D'autre part, l'auteur ne dit point comment dans ces trois classes, arbitrairement choisies par lui, on reconnaît les trois degrés de l'anormalité : légère, moyenne ou profonde. Cette classification comme toutes celles du reste qui lui ressemblent de près ou de loin n'est pas assez rigoureuse pour être scientifique; elle restera toujours le fait d'une appréciation exclusivement personnelle et, par suite, ne pourra même servir à aucun travail de statistique.

Pour le professeur SANTÉ DE SANCTIS, de Rome les anormaux sont des phrénasthéniques dont il distingue plusieurs degrés.

KOLLE, en Allemagne, s'est surtout basé sur l'éducabilité des enfants.

Depuis WARNER, on distingue en Angleterre les *feeble minded children* et ceux atteints d'*imbecility and of idiocy*.

En Belgique, l'on distingue deux sortes d'arriérés : les *pédagogiques* et les *médicaux*, ces derniers comprenant les imbéciles et les idiots. C'est cette classification, sensiblement modifiée, qui semble avoir prévalu, cette année, au congrès de Dijon. C'est ainsi qu'en se basant sur le mode d'assistance, le rapporteur, M. R. CHARON, classait les enfants psychiquement anormaux :

Arriérés. — Anormaux d'école : a) anormaux de

classes spéciales ; b) anormaux d'écoles de perfectionnement.

Dégénérés. — Anormaux médicaux : a) anormaux d'hôpital ; b) anormaux d'hospices ; c) anormaux de colonie ; d) anormaux de maison de réforme.

Idiots et imbeciles. — Nous pourrions pousser plus loin l'étude de ces classifications, mais cette sèche énumération n'aurait d'autre résultat que de nous embrouiller et d'obscurcir d'avantage un sujet où la lumière est loin d'être faite.

Pourtant l'on peut arriver à une notion pratiquement plus précise de l'*Anormalité*, en procédant par élimination et en profitant de quelques données positives acquises par la psychiatrie durant ces dernières années. Il faut tout d'abord faire une classe spéciale de ces *anormaux*, les plus accusés, situés tout en bas de l'échelle mentale, et que, depuis les travaux cliniques de BOURNEVILLE et de son école et l'étude psychologique remarquable de SOLLIER, on distingue en *Imbeciles* et en *Idiots*.

L'idiotie, d'après SOLLIER, est une « *affection cérébrale chronique à lésions variées, caractérisée par des troubles des fonctions intellectuelles, sensitives et motrices, pouvant aller jusqu'à leur abolition presque complète, et qui n'emprunte son caractère spécial, particulièrement en ce qui concerne les troubles intellectuels, qu'au jeune âge des sujets qu'elle frappe* ». Le même auteur donne de l'idiotie une classification très simple, fondée sur une donnée psychologique facilement appréciable, l'attention, et,

au lieu des nombreuses formes décrites par BOURNEVILLE distingue plus simplement les trois degrés suivants :

1° *Idiotie absolue* : absence complète et impossibilité de l'attention.

2° *Idiotie simple* : faiblesse et difficulté de l'attention.

3° *Imbécilité* : Instabilité de l'attention.

Nous ne nous attarderons pas plus longtemps à ces anormaux profonds qui sont des anormaux d'asile ou d'hospice et dont les progrès intellectuels sont, ou bien nuls, quand il s'agit d'idiots absolus, ou bien peu en rapport avec les efforts tentés pour les instruire et les éduquer, quoi qu'en pense M. BOURNEVILLE, quand il s'agit d'idiots simples ou d'imbéciles. Ce qu'il y a le plus à admirer dans l'œuvre de ce savant c'est la patience avec laquelle il s'est consacré, lui et ses collaborateurs, à une tâche aussi ingrate et difficile : quant aux résultats obtenus (thèse Royer, Paris 1907) ; ils semblent beaucoup exagérés, car s'il sort, comme on l'a dit, chaque année, de Bicêtre, des enfants en état de gagner leur vie, beaucoup reviennent peu après en être sortis, beaucoup aussi finissent dans un hôpital, quelques-uns échouent dans d'autres asiles, après avoir passé par la prison.

Faux Anormaux. — Dans la suite de cette étude, lorsqu'il sera question d'*Anormaux*, nous n'entendrons parler ni des imbéciles, ni des idiots ; nous éviterons également le mot *Dégénérés*, trop imprécis et trop vague comme nous verrons plus loin.

Que nous reste-t-il en fait d'*Anormaux* ?

Prenons l'exemple d'une classe ordinaire. A côté des

enfants considérés comme anormaux par le maître ou les parents, d'autres se signalent de bonne heure par leur paresse, leur inattention ou leurs vices, ce sont pour les désigner par d'autres noms des *antisociaux*, des *arriérés* ou des *retardataires*. Ici se place une observation importante.

Malgré l'obscurité de la question, il nous faut dire un mot de ceux qu'on a appelés les *faux arriérés scolaires* ou les *retardés pédagogiques*. Un enfant peut, en effet, être en retard sur ses camarades de classe sans être pour cela en état d'infériorité psychique. Beaucoup d'enfant sont gardés dans leur famille par suite d'un état maladif transitoire qui n'a pas permis de les envoyer de bonne heure à l'école ; pour la même raison beaucoup la fréquentent irrégulièrement qui ne sont pas des *Anormaux*. Il faut tenir compte aussi de ce fait que l'obligation imposée par la loi d'instruire les enfants n'est pas toujours observée. Il y a encore des illettrés dans l'armée et qui n'ont souvent d'autre cause à leur arriération mentale que la négligence ou la mauvaise volonté de leurs parents à leur faire fréquenter l'école ¹.

A côté de ces *retardés pédagogiques*, l'école Belge, et le Dr LEX, particulièrement, distinguent des *Arriérés sensoriels*. Ils désignent ainsi des enfants qui ont des troubles de leurs organes des sens, un déficit comme dit M. LEX, particulièrement de la vision et de l'ouïe. Un sourd, un myope, par exemple profiteront mal des

¹ Il faut pourtant faire des réserves, car Demoor, de Bruxelles, prétend que les arriérés pédagogiques sont toujours des arriérés au point de vue mental.

leçons du maître, surtout s'ils sont méconnus comme cela arrive trop souvent, et placés aux derniers bancs de la classe, dans l'impossibilité d'entendre ou de lire au tableau les explications qui leur sont données. Tout dernièrement le D^r CRUCHET, de Bordeaux, dans une monographie sur les *Arriérés scolaires* ajoute à cette liste déjà longue ceux qu'il appelle les *Arriérés alimentaires* : « *Je distingue, dit-il, sous ce*
« *terme, les enfants qui, par négligence des parents*
« *ou pauvreté réelle, sont nourris d'une façon insuffi-*
« *sante* », et les *Arriérés de croissance* qui « *surpris*
« *par le développement rapide de leur organisme, se*
« *trouvent fatigués, somnolents et distraits sur les*
« *bancs de l'école et ne suivent plus les explications*
« *de l'instituteur.* »

Vrais anormaux. — Et maintenant se dresse le grand groupe de ceux qu'on appelle un peu partout, à l'Etranger comme en France les *Arriérés psychiques vrais*.¹ Le caractère dominant de ces enfants, c'est l'inattention et la fatigue intellectuelle rapide. D'après MM. PHILIPPE et BONCOUR on peut classer ces *anormaux psychiques vrais*, ces *enfants mentalement anormaux*, comme ils les appellent, en catégories distinctes au point de vue théorique, mais pratiquement plus ou moins confondues. Ils distinguent :

¹ Ils ont été particulièrement étudiés par MM. Binet et Simon-Philippe et Boncour, Roubinowitch, Toulouse en France; par MM. Ley, Demoor et Daniel en Belgique; par M. Claparède à Genève; par MM. Moses, Schlesinger, Lange, Maennel, Otto Mayer en Allemagne; par M. Sante de Sanctis en Italie, etc.

1° *L'Ecolier mentalement arriéré* qui est un trait d'union entre l'imbécile léger et l'anormal proprement dit. Très souvent on le trouve entaché d'instabilité très marquée et il faut, dans l'examen médical, séparer nettement ces deux facteurs psychologiques : l'arriération et l'instabilité;

2° *L'Instable proprement dit*. L'instabilité se manifeste aussi bien au point de vue physique qu'au point de vue mental, et très souvent en même temps chez le même sujet. L'instabilité mentale se révèle surtout par l'inattention, mais on la rencontre, à des degrés divers, dans d'autres domaines de l'activité mentale : perception, volition, etc.

3° *L'Asthénique*. Pour MM. PHILLIPPE et BONCOUR, il faut se garder de le confondre avec le neurasthénique. Ce dernier est également incapable d'un travail soutenu, mais pour des motifs différents. Le neurasthénique, généralement après la puberté, a fourni une dose de travail exagéré, d'où résulte une incapacité transitoire ou permanente d'activité; l'asthénique, généralement avant la puberté, n'a pas fourni encore la dose normale de travail, et s'en montre même incapable, car c'est dans cette incapacité primitive que réside son infirmité mentale. On prend longtemps pour de « la sagesse et de la réflexion », chez de jeunes enfants ce qui n'est qu'une lenteur pathologique à fixer l'attention sur un sujet déterminé, à comprendre et à répondre.

4° A la catégorie des enfants mentalement anormaux appartiennent aussi pour MM. PHILLIPPE et BONCOUR les enfants atteints (héréditairement généralement), d'hys-

térie et d'épilepsie¹, et ceux que l'on appelle dans le public *excentriques*, *originaux*, etc. Dans l'esprit de ces auteurs, cette classe de *subnormaux* ne paraît pas nettement définie et l'on doit se demander si cette dénomination est bien scientifique ?

L'anormalité ne peut être définie.— Ce chapitre est déjà bien long, mais il faut encore le reprendre et le résumer pour voir si nous pouvons en tirer quelques conclusions positives.

Nous avons tout d'abord montré l'impossibilité qu'il y avait de définir clairement ce qu'on entend par *anormal*, puis, l'examen rapide des diverses classifications nous a permis de voir qu'elles étaient toutes arbitraires, contingentes, imparfaites. Nous n'avons pas été plus heureux en essayant de reprendre par des énumérations et des exemples l'étude des diverses manifestations de l'*anormalité* : c'est à peine si nous avons pu isoler dans une classe à part l'Idiotie et l'Imbécilité.

Au delà rien de définitif, ni de précis.

« *Qu'arrive-t-il, dit Lucien DESCAVES, dans le Journal du 5 décembre 1907 ; c'est que le même malade examiné par des médecins différents sera qualifié d'imbécile, d'idiot de débile, de dégénéré. Il n'y a que les familles et les établissements hospitaliers*

¹ La colère, sous ses diverses formes, est à rapprocher de l'épilepsie, dont elle est souvent une manifestation larvée. « La colère est affaire de dispositions préalables du système nerveux » dit M. de Fleury et ailleurs il appelle les crises de colère de « petites convulsions mentales ». — Maudsley disait des « convulsions psychiques ».

« *qui simplifient. Les unes disent arriérés par euphémisme, et les autres idiots par amplification.* »

A notre tour proposerons-nous une définition et une classification nouvelles? L'élimination de notre sujet des idiots et des imbéciles irrémédiables nous suffit et voici pourquoi. Entre l'idiot profond, réduit à la vie végétative, et cet enfant, dit mentalement anormal, paresseux, inattentif, menteur, colère, agité, quelquefois travailleur en excès (on en trouve parmi les têtes de classes), mais « original », que d'intermédiaires! L'on va de l'un à l'autre, sans secousses, comme en suivant une constante et régulière évolution. Le D^r THULIÉ, dans son livre, sur le *Dressage des Jeunes Dégénérés*, s'exprime ainsi : « Il y a, en effet, depuis l'idiot le plus dégradé, jusqu'au dégénéré supérieur une graduation insensible, en passant par l'imbécilité et la débilité mentale, qui indique clairement que les procédés de traitement doivent suivre des méthodes analogues, mais de plus en plus affinées. Il n'y a pas de doute à cet égard quand on se rappelle que ce sont les mêmes causes qui engendrent les mêmes défectuosités mentales, depuis les plus profondes jusqu'aux moins apparentes, depuis l'idiot le plus bestial jusqu'au déséquilibré le plus subtil. »

Conclusions. — L'on trouve toujours des transitions dans le domaine des sciences biologiques.

La question de l'*anormalité* pour être résolue supposerait celle de la *normalité* définie. Or, qu'est-ce qu'un

individu normal¹? Qui peut se flatter de posséder la formule qui doit le caractériser? Outre qu'il est des lésions qui nous échappent et qui retentissent pourtant sur la vie mentale de chacun de nous, et que des causes d'intoxications, minimes dans le domaine cérébral, provoquent parfois des troubles disproportionnés dans le domaine psychique, la science moderne n'a pas trouvé le moyen d'exprimer les intelligences en valeurs numériques. Quels que soient les efforts tentés dans ce sens, les réactions physico-chimiques qui ont pour substratum anatomique la cellule nerveuse sont encore trop confuses : l'analyse n'en a pas été faite et les relations qui les unissent aux manifestations d'ordre psychique sont encore inconnues.

Il faut en science se défier des abstractions. L'homme sain, l'homme normal, sont des fictions. En apparence notions simples et comprises de tous, ces images ne sont destinées qu'à voiler notre ignorance. Un jour viendra peut-être ou bien des déficits psychiques trouveront un substratum anatomique défini². C'est alors seulement qu'on pourra les évaluer et les classer.

« *La classification anatomo-pathologique*, disait « *Mierzejewski*, au Congrès de Paris en 1900, *basée* « *sur l'étude de la structure délicate du tissu nerveux* « *et de ses éléments et sur des notions embryologiques*

¹ « Tout homme a en lui la virtualité de tous les actes vicieux, passionnés, criminels et même insensés qu'un individu puisse commettre ». Maudsley, *Phys. et Path. de l'Esprit*, Alcan, p. 344.

² Les travaux d'Hammarberg n'ont encore rien donné de positif.

« *précises s'imposera avec le progrès des connaissances.* »

Mais en attendant, il faut se bien pénétrer de l'existence de ces lésions encore pour la plupart ignorées. Ce n'est qu'en sachant qu'elles existent qu'on les recherchera systématiquement, et ce n'est qu'en les recherchant qu'on les trouvera. Et cela est d'une autre importance, au point de vue thérapeutique, que de connaître des lésions dont quelques-unes, comme on le verra plus loin, sont susceptibles de guérir ou de rétrocéder par un traitement approprié, plutôt que de se consacrer exclusivement à des analyses psychologiques, sans doute très fines, mais qui n'aboutissent trop souvent qu'à des méthodes pédagogiques compliquées, insuffisantes et peu rémunératrices.

Chez les enfants dont nous nous occupons il y a autre chose que des sensibilités exagérées ou obtuses, des volontés irréfléchies ou inhibées, des intelligences insuffisantes ou amoindries ; cet autre chose que nous allons essayer maintenant de caractériser, c'est au médecin de le découvrir.

CHAPITRE PREMIER

ESSAI DE PATHOGÉNIE

**L'HÉRÉDITÉ. — LA LÉSION CORTICALE PRIMITIVE.
(VIE INTRA-UTÉRINE ET PREMIÈRE ENFANCE) — LA CICATRICE**

Le principal objet de ce travail va consister en une étude clinique de l'*Anormalité*.

Malgré ses manifestations variées que mettent en évidence les diverses classifications et les essais de définition tels que nous les avons groupés dans les pages précédentes, il y a dans l'*Anormalité* des points communs de départ et d'aboutissant, et la clinique seule est apte à nous guider à travers la variété de ses formes.

Nous commencerons par un *essai de pathogénie*, et c'est autour de ce chapitre que nous ferons graviter tous les autres. Alors seulement, lorsque nous aurons suffisamment mis au point les origines d'un anormal, nous le suivrons, sous ses diverses formes, dans son évolution vers le crime ou la folie confirmée, et nous serons en état de discuter et d'établir les bases du traitement médical qu'on doit lui appliquer.

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Tout être vivant résulte de deux facteurs également importants : d'une part, l'*Hérédité*, et de l'autre, les *Conditions extérieures* au milieu desquelles s'est faite son évolution.

En pathologie nerveuse on a depuis longtemps invoqué cette hérédité et, moins souvent, malgré leur extrême fréquence, ces conditions extérieures, autrement appelées causes occasionnelles. Quand on étudie un *Anormal*, on recherche avec soin dans son hérédité des signes qui peuvent expliquer son état actuel. Cette explication, qui trouve dans les tares des procréateurs les raisons immédiates de celles présentées par la progéniture, s'est à ce point vulgarisée qu'on en a un peu trop abusé, semble-t-il, ces dernières années. Pourtant nous verrons qu'à côté de cette explication qui mérite d'être exposée avec soin, il en existe une autre, non moins importante selon nous, et sur laquelle nous nous proposons d'insister. Mais précisons dès maintenant ce qu'on entend par l'hérédité, car, si souvent invoqué, ce facteur n'est pas toujours clairement compris.

1° **L'hérédité.** — Il y a autre chose dans les notions d'hérédité que la ressemblance des enfants à leurs procréateurs ou à leurs ascendants, comme l'entend généralement la croyance populaire. Il y a autre chose aussi que ces souvenirs dont parle un personnage d'*Ibsen*, au deuxième acte des *Revenants* ¹.

¹ M^{me} Alving : « C'en'est pas seulement le sang de nos père et

L'on a coutume, en matière d'hérédité, de citer la définition qu'en a donné M. RIBOT : « *L'hérédité est la force biologique en vertu de laquelle tous les êtres doués de vie tendent à se répéter dans leurs descendants* ». C'est qu'elle est, en somme, une des formes de la vie et que, pour l'étudier scientifiquement, il la faut prendre à son point de départ, c'est-à-dire à la fécondation.

« Pour parler la langue courante, dit M. F. Le DAN-
« TEC, l'œuf est donc l'*héritage* que les parents laissent
« à l'enfant, et tout ce qui proviendra chez l'enfant, de
« la nature spéciale de l'œuf devra être considéré
« comme une propriété *héréditaire*. Cette simple obser-
« vation nous prouve qu'une notion d'*hérédité* peut
« exister indépendamment de toute considération de la
« ressemblance des enfants avec leurs parents ; l'héré-
« dité envisagée à ce point de vue, existerait même
« dans le cas où aucune ressemblance ne se manifesterait ¹. »

L'hérédité est donc une propriété fondamentale de l'œuf. L'évolution individuelle de toute cellule vivante en dépend. C'est d'une façon toute générale, la force qui fait qu'un œuf humain produira de la substance humaine organisée et rien d'autre.

La science moderne ne voit dans les phénomènes vitaux et dans le plus caractéristique d'entre eux : l'*as-*

mère qui coule en nous, c'est encore une espèce d'idée détruite, une sorte de croyance morte et tout ce qui en résulte ». *Trad. française.*

¹ *Traité de Biologie*, p. 216, F. Alcan, 1903.

similation, que des manifestations physico-chimiques, aussi admet-on une hérédité chimique et une hérédité physique des protoplasmas. Nous disons des protoplasmas, car il n'y a pas *une substance vivante*, mais *des substances vivantes* dont les compositions chimiques sont distinctes : cette nature chimique, propre à chaque cellule, dirige sa forme spécifique, et, par conséquent, l'assimilation entraîne l'hérédité.

L'on a cherché à localiser dans la cellule primitive, c'est-à-dire dans l'œuf lui-même, ces propriétés que transmet l'hérédité et dont résultent plus tard les caractères présentés par l'individu adulte aux diverses étapes de son évolution. Tout le monde s'accorde à les placer dans le *noyau* et dans le *filament chromatique* de ce dernier, mais les auteurs disputent encore pour savoir comment et sous quelle forme se transmettent ces propriétés, ce qui a amené *Weissmann* à concevoir une continuité du plasma germinatif.

Nous n'entrerons pas dans la discussion de ces hypothèses. Nous nous rallierons seulement aux théories chimiques de l'hérédité qui font de cette dernière une propriété fondamentale de l'œuf. Dans sa conférence sur les *grandes lignes de l'hérédité*, M. le Professeur PIERRET s'exprime ainsi : « *Que l'on considère, en effet, l'hérédité organique morbide en médecine, on voit bien que, dans certaines familles, il existe une forme mule biochimique héréditairement vicieuse.* » Ce qui

¹ « La propriété chimique à laquelle, en dernière analyse, il faut toujours s'arrêter pour définir la vie, c'est l'assimilation ou hérédité chimique. « Le Dantec, *Introduction à la Path. gén.* », p. 83.

se transmet par l'œuf, dans le cas de maladies mentales ou d'infirmités psychiques, c'est donc un protoplasma à formule chimique particulière, assimilant de façon insuffisante¹. Aussi observe-t-on toujours corrélativement à une infirmité psychique des infirmités physiques et des troubles physiologiques divers chez les individus qui en sont atteints. Tous ces fameux stigmates de dégénérescence, ces tares auxquelles l'on reconnaît d'après certains auteurs, les *insuffisants psychiques* ou les *malades de l'esprit*, participent du même processus chimique particulier que les tares mentales qu'ils accompagnent².

Il n'est donc pas douteux que souvent les *Anormaux* sont des *héréditaires*. Le Dr SCHLESINGER, de Strasbourg, a signalé les maladies nerveuses et mentales des parents comme très fréquentes. Il a trouvé l'*épilepsie* dans 22 pour 100 des cas, des troubles nerveux variés dans 49 pour 100.

L'*hérédité alcoolique*, d'après le même auteur, s'est montrée dans 30 pour 100 des cas ; enfin, très souvent, comme il le fait justement observer, l'on trouve l'influence combinée de l'alcool et des maladies nerveuses chez les ascendants. D'ailleurs, l'alcoolisme des parents n'agit que comme cause prédisposante et pour des raisons différentes : d'abord, les enfants d'alcooliques

¹ « C'est dans l'hérédité de la fonction que se résume l'hérédité de la maladie. » Charrin, *Rev. scient.*, 25 août 1906.

² « L'hérédité a besoin d'être accumulée, capitalisée en quelque sorte, avant de se montrer sous une forme nettement caractérisée, avant de se traduire par une entité morbide à laquelle on puisse imposer un nom. » Féré, *la Famille névropathique*.

sont d'une constitution qui est toujours au-dessous de la moyenne des autres enfants, et ils sont ensuite particulièrement prédisposés aux spasmes, aux tics, aux divers états d'excitation psycho-motrice constants ou passagers.

Pour la *syphilis*, l'auteur allemand donne les chiffres suivants :

Syphilis congénitale	8,5 pour 100
Syphilis très probable des parents	1,5 pour 100
(A cause des avortements et des mort-nés).	

Quant à la *Tuberculose*, on l'a trouvée dans 24 pour 100 des cas.

Ce qui démontre bien mieux encore l'hérédité chargée des *Anormaux*, c'est l'élévation de la mortalité infantile que l'on trouve dans leur famille. SCHLESINGER signale l'avortement dans 10 pour 100 des cas ; la mort en bas-âge des frères et sœurs d'anormaux dans 38 pour 100 des cas.

Les mêmes chiffres dans les familles de normaux sont respectivement de 5 et de 30 pour 100.

Il a enfin signalé la particularité intéressante suivante qui rapproche des *Idiots* les *Anormaux psychiques* : Dans les nombreuses familles, ce sont généralement le premier et le ou les derniers nés qui sont malades et présentent des troubles mentaux.

Certes, on le voit, la part de l'Hérédité est belle, mais on a un peu trop étendu les limites de son domaine. Pour M. MAGNAN, sont des héréditaires tous ceux qu'il appelle les *Dégénérés*, c'est-à-dire les individus émotifs, instables, névropathes, hypocondriaques, « *anormaux* » enfin, « *qui sont sur les frontières*

*de la folie*¹ ». Nous allons essayer de montrer, au contraire, dans les pages suivantes, le rôle bien autrement important d'un facteur, trop souvent négligé des médecins, qui fait rarement défaut et que l'on doit toujours rechercher lorsque l'hérédité se montre insuffisante ou absente.

2° Lésion corticale primitive. — Nous connaissons les diverses étapes par lesquelles passe un être vivant, depuis la fécondation de l'œuf jusqu'à sa naissance d'abord, puis jusqu'à son état adulte. Pour la clarté de l'exposition que nous allons faire, nous considérerons deux périodes de cette évolution : la première, qui comprendra la *vie intra-utérine* ; la seconde, qui s'étendra de la naissance à la troisième année environ, et qu'on appelle la *première enfance*.

A. VIE INTRA-UTÉRINE. — L'intimité des rapports anatomiques d'une part, et des échanges physiologiques d'autre part, qui existent entre la mère et son fœtus, fait que les maladies de l'une retentissent immédiatement sur l'évolution de l'autre. L'on connaît depuis longtemps le rôle joué par les grandes infections, telles que la *tuberculose*, la *syphilis*, le *paludisme* sur le développement ultérieur de l'enfant.

Ce qui agit alors sur le système nerveux de l'embryon, ce n'est pas le microbe lui-même, mais la *toxine* qu'il sécrète et, dans certaines intoxications de la mère, le *poison* lui-même : alcool, plomb, etc.

C'est à M. le professeur CHARRIN que l'on doit les

¹ *Leçons cliniques*, Paris, 1893, p. 167.

études expérimentales les plus intéressantes sur la question. C'est ainsi qu'il a montré l'influence des tares des ascendants sur la *fonction thermogénétique* des descendants. Sa diminution a été constatée chez beaucoup de rejetons issus de mères tuberculeuses. C'est à propos de cette communication à la Société de Biologie que M. CHARRIN fait remarquer qu'entre « *les rejets* » « *tons absolument sains et ceux qui, dès les premiers* » « *mois succombent, il existe des intermédiaires qui,* » « *par leur croissance défectueuse, par leur thermogé-* » « *nèse insuffisante, par l'augmentation de la toxicité* » « *de leurs humeurs, traduite par les attributs nuisi-* » « *bles des urines, etc., sont prédisposés aux processus* » « *morbides; ces rejetons, dont les organes sont sans* » « *doute quelque peu altérés, pour une part vivent plus* » « *ou moins longtemps, jusqu'au jour où le mal les* » « *envahit et les terrasse*¹. »

L'on sait qu'il n'y a pas de spécificité pour la tuberculose comme pour la syphilis, mais parmi les conditions nombreuses qui favorisent la tuberculisation future de l'enfant né de parents bacillaires l'on rencontre parfois au moment de la naissance « *des ano-* » « *malies au point de vue du poids, de la croissance,* » « *de la nutrition, de la qualité des urines; la toxicité* » « *de ces urines indique, à égalité de perméabilité* » « *rénale, une toxicité humorale accrue: or, c'est là* » « *une condition favorisant l'infection, que le poison* » « *soit d'origine externe, microbienne ou interne*² ». »

¹ Soc. Biol., 5 mars 1898. Charrin et Bonniot.

² Soc. Biol., 10 avril 1897. Charrin et Riche.

D'ailleurs, d'une façon générale, l'infection semble jouer un rôle secondaire dans la plupart des cas d'insuffisance de développement chez les enfants issus de mères malades. Microbes absents, peu virulents, ou dépourvus de toute spécificité, voilà le plus souvent ce que l'on trouve dans l'organisme de ces enfants. L'on ne trouve pas non plus, dans les lésions d'un organe déterminé, toujours la même cause qui expliquerait dans tous les cas ces insuffisances de développement. Pas plus que les recherches bactériologiques, les recherches anatomo-pathologiques n'ont donné la solution du problème. Pour M. CHARRIN et ses élèves ces insuffisances « *dérivent, au moins partiellement, des tares cellulaires fœtales, nées sous l'influence des processus morbides de la mère*¹ ».

Des observations extrêmement intéressantes et précises, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer sans sortir de notre sujet, les ont conduits à ces conclusions. C'est ainsi qu'ils ont remarqué que ces *rejetons anormaux* absorbent souvent par jour 200 à 500 grammes de lait de moins que les nouveaux-nés sains, et qu'ils sont obligés, pour se maintenir au même degré thermique « *de produire dans un temps donné plus de calorique*¹ ».

La chimie des organes montre les mêmes troubles fonctionnels que ceux des cellules prises individuellement.

« *On est ainsi amené à reconnaître l'existence d'une foule de tares anatomiques, physiologiques ou chi-*

¹ *Soc. Biol.*, 1900. Charrin, Guillemonat et Levaditi.

« miques des cellules de l'organisme : ces tares déterminent naturellement des anomalies de structure, de fonctionnement ou de sécrétion, origine en partie des accidents observés¹ ».

Quand à la question de savoir « l'origine première des tares constatées », CHARRIN et LEVADITI font justement observer que, d'abord, les ovules de la mère sont atteints au même degré que les autres cellules de son organisme, du fait des lésions dont elle est atteinte, et qu'ensuite, du fait de la circulation placentaire, les poisons (alcool, toxines, etc.) qui sont répandus dans le sang de la mère, peuvent facilement passer de ce dernier dans celui du fœtus, malgré le rôle antitoxique dévolu au placenta¹.

Comme les autres appareils, et avec, en plus, l'électivité propre avec laquelle certains poisons se fixent sur la cellule nerveuse, l'axe cérébro-spinal de beaucoup d'*Anormaux* est troublé, dès la vie intra-utérine dans l'intimité de ses fonctions.

Et ce qui prouve bien l'importance du rôle joué par les infections, durant la vie intra-utérine, dans le mécanisme de la production de ces tares mentales, c'est le fait de trouver parmi les parents de ces enfants un grand nombre d'*infectés* ou d'*intoxiqués*. Les *Anormaux* sont en majorité fils ou filles d'alcooliques, de tuberculeux, de syphilitiques, etc.

Les statistiques allemandes qui sont les plus complètes sur la question, ne laissent subsister aucun doute. C'est encore au D^r SCHLESINGER que nous

¹ Soc. Biol., 1901. Charrin et Delamare.

empruntons les chiffres suivants, qui prouvent combien fréquentes sont chez l'anormal, durant la vie intra-utérine, les chances d'infection et d'auto-intoxication, du fait de la contagion maternelle. En effet, dans 18 pour 100 des cas l'on trouve une maladie grave chez la mère durant la grossesse ; dans 3 ou 4 cas l'on a trouvé des crises épileptiques plus fréquentes ; dans un cas, la morphinomanie chez la mère durant la gestation.

Il est un facteur aussi dont il faut tenir compte : c'est la fréquence des accouchements longs et difficiles, des états de mort apparente ou d'asphyxie, etc. que l'on rencontre dans les antécédents personnels des anormaux.

B. MALADIE DE LA PREMIÈRE ENFANCE¹. — Mais il ne se produit pas seulement chez l'anormal, des modifications intra-utérines. Après la naissance, l'enfant traverse une période où la susceptibilité particulière de son système nerveux en voie de développement le prédispose à des infections qui ne guérissent pas, comme nous le verrons plus loin, sans laisser des *cicatrices*. Les *méningites*, les *encéphalites*, les *hydrocéphalies* sont les trois principales affections des premiers mois de la vie intra-utérine : il faut y joindre la *porencéphalie* qui est beaucoup moins fréquente que les précédentes.

Mais les maladies du système nerveux ne sont pas les seules dont il faille tenir compte. L'appareil digestif

¹ Leur fréquence est considérable. Cf. les tableaux synoptiques de Perrens dans sa thèse de juillet dernier, Bordeaux, 1908.

est lui aussi très susceptible à cette période de la vie. Il n'est donc pas superflu d'attirer l'attention sur les diverses maladies qu'il peut présenter et qui entrent pour une part en ligne de compte dans l'étiologie des troubles psychiques variés des enfants anormaux. M. SCHLESINGER a particulièrement signalé « *les états hydrocéphaloïdes et spastiques qui surviennent au cours ou à la suite des gastro-entérites aiguës ou chroniques* ». Le *Rachitisme* suit souvent ces troubles de la nutrition et les statistiques allemandes le montrent chez les Anormaux dans près de 45 pour 100 des cas.

Dans son cours de cette année, M. PIERRET faisait remarquer que le cerveau agissait peu ou pas durant la vie intra-utérine et les premiers jours qui suivent la naissance. En effet, à ce moment l'enfant n'a pas encore constitué ses fibres cérébro-spinales : « *il ne remue que par ses fibres spinales seules* ». Un autre point sur lequel il convient d'insister pour s'expliquer les manifestations propres aux affections nerveuses chez le nouveau-né, c'est que les suppléances n'existent pas encore. L'on comprend par suite, non seulement la symptomatologie spéciale que présentent ces lésions, mais le caractère qu'elles revêtiront plus tard, si elles viennent à persister en partie ou en totalité.

Au point de vue anatomo-pathologique, elles se présentent sous deux formes principales : il s'agit, ou bien de *ramollissement par ischémie*, ou bien d'*oblitération incomplète des vaisseaux avec dilatation concomittante de leurs gaines*. Quant à la porencéphalie, elle ne se révèle chez l'enfant par aucune symptoma-

tologie nette; elle évolue sans fracas, avec quelque chose d'identique à ce qui s'observe chez les vieillards¹.

La même explication au point de vue pathogénique peut convenir à des lésions extrêmement localisées, et souvent presque inappréciables. Les symptômes, d'ailleurs, varieront avec la localisation et son intensité. Souvent beaucoup de ces affections sont restées méconnues, ou bien on les a oubliées, on les croit guéries depuis longtemps dans le reste des cas. Les convulsions sont fréquentes durant les premières années de la vie. Elles se produisent, chez certains enfants, à propos du moindre trouble digestif. On rencontre quelquefois des méningo-encéphalites dont le type clinique ne peut être nettement défini, surtout à la suite de maladies infectieuses variées. On a fait remarquer, à ce propos, que 20 pour 100, au moins, des *Anormaux* se sont plaints en bas-âge et se plaignent parfois encore à l'école de violents maux de tête, souvent accompagnés de vomissements.

Nous rappellerons que l'*Anormalité* s'accompagne de nombreux troubles nerveux, sensitifs ou moteurs, qui reconnaissent la même origine que les troubles psychiques eux-mêmes. C'est ainsi que la *chorée*, les *tics divers*, les *mouvements automatiques* de certains idiot sont tous une origine commune dans un processus inflammatoire au niveau de l'axe cérébro-spinal².

Le système nerveux central n'est pas seul à être

¹ Cours de M. Pierret, Lyon, 1908.

² L'origine traumatique de certains troubles psychiques, fréquemment alléguée par les parents, n'est pas encore complètement élucidée.

touché chez les enfants en bas âge. Les organes des sens, eux aussi, peuvent être le siège de processus inflammatoires. L'*oreille*, particulièrement, est sensible aux infections : certaines otites de la première enfance, dit M. PIERRET, ressemblent à des méningites ; il en résulte une surdité uni- ou bilatérale. Cette surdité, si elle est totale et survient de très bonne heure, apporte de graves troubles dans la fonction du langage : certains petits malades deviennent des muets plus tard, et au point de vue psychique on en trouve qui tombent dans un degré voisin de l'idiotie.

Mais tous ces *infirmes* ont un caractère commun qui est la traduction psychique de la lésion inflammatoire primitive : à savoir, au point de vue mental, une irritabilité particulière et *une tendance marquée aux actes impulsifs et automatiques* : l'on rencontre même chez eux, assez souvent, des crises d'épilepsie complètes ou incomplètes.

Nous ne voulons pas finir ce chapitre, qui a trait aux modifications subies par le système nerveux après la naissance de l'enfant, sans dire un mot de ce que M. le professeur PIERRET a étudié sous le nom de *latéralisme*. L'on sait qu'à l'état normal un hémisphère commande au côté opposé du corps d'une façon prépondérante et qu'il acquiert chez l'homme un dernier degré de perfectionnement en l'emportant au point de vue anatomique et physiologique sur celui du côté opposé. Pour les phénomènes psychiques supérieurs, nous nous servons, avec prédominance, de l'un de nos hémisphères, le gauche, d'après BROCA. En effet, à la naissance, l'hémisphère gauche est en état de fonc-

tionner : il renferme plus de cellules, les fibres sont en partie myélinisées, l'irrigation en est mieux assurée ; le droit, au contraire, est incomplètement développé. M. PIERRET faisait, à ce sujet, remarquer dans son cours qu'il ne paraît pas démontré que le développement exagéré d'un hémisphère ou d'une circonvolution soit lié à une hypertrophie matérielle. « *Le cerveau,* » dit-il, *n'est pas comme un biceps, il n'augmente pas par suractivité de la fonction*¹. » En effet, l'on trouve assez souvent chez les idiots de très grosses circonvolutions.

Si nous avons insisté sur le latéralisme normal, physiologique et anatomique, c'est pour montrer combien est exagérée l'opinion de ceux qui en font un signe de dégénérescence. Si le latéralisme existe chez l'aliéné, et chez l'*anormal*, où il se manifeste sous forme de *plagiocéphalie*, c'est à un degré plus considérable que chez l'homme normal, mais il n'y a là qu'une question de degré. « *Le déséquilibre est un phénomène normal : c'est le caractère propre à l'être humain qui le rend supérieur aux autres animaux*¹. »

3° **La cicatrice.** — Dans les pages précédentes nous avons vu le rôle important joué par les processus inflammatoires au niveau du cerveau, durant la première enfance ; mais la pathogénie des troubles nerveux ou psychiques consécutifs, de ceux surtout qui surviennent plus tard au cours de l'évolution de l'individu, s'éclaire singulièrement, si l'on admet que,

¹ Cours du professeur, 1907-1908.

dans la plupart des cas, pour ne pas dire dans tous, la maladie a laissé des *cicatrices*.

L'on connaît depuis longtemps l'importance des cicatrices en pathologie nerveuse. L'on trouve dans la *Revue de médecine et de chirurgie* de 1877 le premier mémoire paru sur la question : il est dû à M. TRIPIER et l'expérience, inspirée par l'observation d'un malade, a été faite sur le chien dans le laboratoire de M. le professeur ARLOING. « *Il s'agissait d'un*
« *sujet mort d'une affection pulmonaire, après avoir*
« *présenté une hémiplegie incomplète dans la région*
« *qui, quatre ans auparavant, avait été le siège d'une*
« *paralysie semblable, sans qu'à l'autopsie il fut*
« *possible de trouver autre chose qu'une seule et an-*
« *cienne lésion*¹. »

L'expérience de M. R. TRIPIER consistait à faire réapparaître chez un chien, par une certaine dose de morphine, des symptômes paralytiques guéris, consécutifs à une lésion cérébrale. Dans sa thèse², faite sous l'inspiration de M. PIERRET, M. BOUVAT interprète « *des*
« *phénomènes convulsifs localisés, avec parésie sura-*
« *joutée chez une urémique comme dépendant d'un*
« *rappel toxique dû à l'accumulation des poisons*
« *urémiques dans la sphère d'une ancienne lésion*
« *du cerveau* ». »

¹ Ces travaux et ces expériences, faites sur l'animal, ont été repris par Raymond et Artaud (*Rev. de méd.*, 1885) et, plus tard, par Rossolimo (*Neurol. Centralblatt*, 1892), mais c'est l'Ecole lyonnaise qui a apporté la contribution la plus importante à cette étude des cicatrices.

² Bouvat, th. Lyon, 1883.

Depuis, soit dans ses cours à la Faculté, soit dans ses leçons cliniques à l'asile de Bron, M. PIERRET n'a cessé d'insister sur le rôle important joué par ces cicatrices dans la genèse des divers troubles nerveux, particulièrement des troubles moteurs à caractère convulsif, du type de l'épilepsie, par exemple¹. Nous ne saurions mieux faire pour résumer l'essentiel de la question que de rapporter en partie les conclusions de la communication de M. PIERRET au Congrès international de médecine, tenu à Rome, en 1894, sur la pathogénie des cicatrices cérébro-spinales ; « un grand
« nombre de sujets ayant été, pendant leur premier
« âge, atteints de maladies infectieuses à localisations
« nerveuses deviennent, par le fait de leur guérison,
« des cicatriciels. Chez de tels malades, une intoxication
« quelconque peut amener des convulsions qui
« garderont un certain caractère local, soit au début,
« soit à la fin des attaques. Les phénomènes dus aux
« imprégnations toxiques des points du système nerveux
« où siègent des scléroses guéries ou latentes ne
« sont pas uniquement de caractère convulsif, ce peut
« être des phénomènes moteurs, sensitifs ou
« psychiques, aussi variés que possible, souvent très
« fugaces. »

Depuis lors, ces faits de cicatrice ont été souvent étudiés et on en trouvera une étude complète dans deux articles de M. RUEFF, parus dans la *Revue de*

¹ « Beaucoup d'épilepsies, dites essentielles, ne sont pas autre chose que la manifestation tardive d'une encéphalopathie infantile parvenue à son stade anatomique définitif ». Brissaud, *Traité de méd.*, t. IV, *Leçons sur les maladies du syst. nerv.*, Paris, 1895.

Médecine, en 1903, sous le titre de *l'Epilepsie cardiaque et des phénomènes de rappel*. Il montre, par une série d'observations « *que l'autointoxication consécutive aux altérations viscérales asystoliques a localisé ses effets sur un point préalablement altéré* », p. 152-153.

En somme, pour ce qui concerne l'anormalité, c'est-à-dire les troubles psychiques variés que l'on constate chez certains enfants, nous admettons que le cerveau a été lésé, soit durant la vie intra-utérine, soit après la naissance, et que ces lésions y ont laissé des cicatrices, points faibles dont la résistance aux intoxications de divers ordres qui viennent assaillir l'organisme au cours de son évolution, est considérablement diminuée¹.

Les cicatrices cérébrales ne sont pas les seules marques de leur passé pathologique. La plupart de nos anormaux présentent des malformations et des troubles organiques variés. « *Le côté physique est souvent chez eux, dit le Dr LEY, aussi défectueux que le côté intellectuel, et nous les voyons atteints de cette débilité congénitale des fils d'alcooliques : ils sont rachitiques, myxœdémateux, tuberculeux, syphilitiques et adénoïdiens*² ». « *Dans quelques cas, dit*

¹ « Lorsqu'on peut observer assez longuement des sujets qui ont présenté du méningisme dans leur enfance, on est frappé de la fréquence de leurs tares cérébrales. Ils présentent des tics, des impulsions, de la bizarrerie, et en somme ont un système nerveux qui fonctionne anormalement. » — Weill, *Médecine infantile*, Paris, 1905, p. 683.

² La collaboration du médecin et du pédagogue, *Arch. int. d'hyg. scol.*, 1906.

« M. J. MOSES, on trouve des paralysies des bras et des
« jambes, comme résidus d'affections cérébrales anté-
« rieures¹. » D'après les mêmes auteurs, la moindre
résistance de leur système nerveux se traduit par des
maux de tête fréquents (42, p. 100, d'après CASSEL), et
aussi par ce qu'on appelle les équivalents psychiques de
l'épilepsie : absences, vertiges, impulsions variées,
vagabondage².

« *Il n'est pas indifférent d'avoir des cicatrices dans
son système nerveux* », dit M. PIERRET. En effet, c'est
presque toujours au cours ou à propos d'une intoxica-
tion, que se révèlent chez l'enfant, héréditaire ou
cicatriciel, les troubles psychiques variés qui fixent
son degré d'arriération ou d'anormalité. Il ne faut pas
oublier non plus que certaines affections cérébrales de
la première enfance sont susceptibles de rechutes plus
ou moins nombreuses, après avoir longtemps som-
meillé et donné l'illusion de leur guérison définitive.

Toute maladie infectieuse : fièvre typhoïde, scarla-

¹ Die hygienische Ausgestaltung der Hilfsschule, *Arch. int. d'hyg. scol.*, 1907.

² Le Dr Schlesinger dit que l'on trouve dans chaque Hilfs-
schule un ou plusieurs spécimens de paralysie infantile (0,7
pour 100 des cas); il a constaté l'épilepsie dans 3,6 pour 100
des cas; la chorée dans 0,7 pour 100 des cas. Voici des chiffres
aussi éloquentes empruntés aux statistiques allemandes :

Mauvaise constitution physique. . .	8 pour 100
Anémie grave	13 —
Maladies congénitales du cœur. . .	0,8 —

Les mesures du crâne montrent que, très souvent, les dimen-
sions de la tête dépassent les chiffres normaux. Les microcépha-
lies sont rares (rapport inverse chez les idiots).

tine, rougeole, etc., est une intoxication chimique de l'organisme, car les germes microbiens connus ou inconnus de ces maladies agissent surtout par leurs toxines sur le système nerveux, et les parties de ce tissu qui réagissent les premières et avec le plus d'intensité et de durée sont précisément celles qui avaient été primitivement lésées, c'est-à-dire les cicatrices.

A côté des intoxications d'origine microbienne se placent naturellement les intoxications d'ordre purement chimique et, parmi elles, l'alcoolisme doit se placer au premier rang. L'habitude qu'ont les parents, dans certaines classes sociales, de faire boire de l'alcool pur ou des essences à de tout jeunes enfants produit des effets désastreux : le poison venant agir, dans plus de la moitié des cas, sur des systèmes nerveux d'héritaires ou de cicatriciels¹.

A côté de l'alcoolisme, l'on peut placer les intoxications d'ordre alimentaire, fréquentes dans les classes pauvres qui se nourrissent mal ou insuffisamment.

Ce n'est pas tout. L'organisme de l'enfant élabore et détruit des poisons dont la nature chimique n'est pas encore nettement définie. Les *glandes à sécrétions internes*, dont le rôle est incomplètement élucidé, président à cette fonction. Leur lésion ou leur absence congénitale, dans d'autres cas leur hyperfonctionnement amènent rapidement dans l'organisme des troubles graves. Non seulement l'état psychique des petits

¹ Dans sa thèse, le Dr Chazal s'est longuement étendu sur l'influence néfaste de l'alcoolisme chez les enfants anormaux.

malades s'en ressent, mais leur état physique et physiologique également¹. Arrêtés ou détournés dans leur développement, ils présentent ce caractère *infantile* ou *retardé* qui les signale à leur entourage. Dans son petit livre sur les *Enfants retardataires*, M. APERT montre comment la dystrophie dysorchidienne donne l'infantilisme eunuchoïde, comment la dystrophie thyroïdienne donne l'infantilisme crétinoïde. Citons encore la dystrophie dysovariennne, et cette dystrophie anangioplasiqne caractérisée par une aplasie artérielle généralisée.

L'on conçoit facilement combien sera néfaste pour un cerveau cicatriciel la sécrétion trop abondante d'une glande vasculaire sanguine ou la non neutralisation des poisons intracellulaires par une sécrétion insuffisante. Beaucoup de ces glandes subissent, au moment de la puberté, une évolution toute particulière. Le testicule et l'ovaire, principalement, acquièrent leur maturité et atteignent d'un coup leur plein fonctionnement². C'est une époque critique, depuis longtemps signalée par les médecins que ce passage de l'enfant à l'adolescent, et sur laquelle nous aurons à revenir plus loin, lorsque nous nous occuperons du traitement médical des *Anormaux*.

En matière de conclusion à cet essai, forcément incomplet, de pathogénie³, nous ne saurions mieux faire

¹ L'on connaît les rapports qui existent entre le myxœdème et la fonction thyroïdienne.

² Le corps thyroïde est susceptible lui aussi d'augmenter de volume et d'hypersecréter.

³ Cet essai d'explication des troubles psychiques de l'enfance

que citer ces quelques lignes empruntées à un article de M. PIERRET sur l'*Hérédité psychopathique*. « Nous
« pourrons ainsi reconnaître que nombre de troubles
« de la pensée sont le résultat, non pas seulement
« d'une hérédité psychopathique plus facile à invo-
« quer qu'à définir, mais de tendances familiales qu'ont
« les cellules nerveuses à faire de la mauvaise chimie
« élémentaire. Nous découvrirons aussi que bien des
« susceptibilités cérébrales imputées jusqu'à présent
« aux états de dégénérescence ne sont que la traduc-
« tion des réactions biochimiques d'un cerveau rendu
« invalide par des intoxications intra-utérines, des
« maladies infectieuses de la première enfance ou des
« autointoxications chez l'adulte¹. »

est implicitement accepté par beaucoup de médecins spécia-
listes. Cf. particulièrement au Congrès d'hygiène scolaire tenu à
Nürnberg les communications des D^{rs} Stadelmann, de Würtz-
bourg, de MM. Gelpke, Wanner, Ley, etc. Enfin il a été adopté
par M. le D^r Audemard, au Congrès des Médecins aliénistes
et neurologistes de Dijon. — Rapp. Paris, Masson, 1908, p. 22.

¹ *Revue scient.*, 1896, p. 648.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

I. — OBSERVATIONS

II. — ON DOIT TRAITER MÉDICALEMENT LES ANORMAUX

III. — MILIEU SOCIAL. — COMMENT FINISSENT LES ANORMAUX

Observations. — Avant d'entrer dans l'étude clinique de l'*anormalité* nous avons cru qu'il serait intéressant de rapporter les observations résumées de quelques-uns des anormaux que nous avons rencontrés soit à l'école, soit à la consultation médico-pédagogique, soit enfin à l'asile. Nous avons fait un choix parmi ces malades et nous nous sommes arrêtés à quelques types bien caractéristiques, n'insistant que sur le côté médical de leur histoire et les lésions qu'ils présentaient. Mais il est évident que l'on trouve tous les degrés dans l'*anormalité* et qu'il est absolument arbitraire de les ranger sous des étiquettes spéciales. Nous avons déjà insisté plus haut sur ce fait, mais si nous y revenons à nouveau, c'est à dessein, car sur ce point capital il n'est pas inutile de se répéter.

Grâce à l'amabilité de l'instituteur chargé de classe des anormaux, ouverte depuis juin dernier, à l'école de garçons de la rue Pierre Corneille, 141, nous avons

pu faire quelques remarques intéressantes que nous allons tout d'abord relater avant d'aller plus loin. Sur une quinzaine d'élèves que renferme cette classe, l'on rencontre les éléments les plus disparates. Au premier banc, trois enfants très profondément atteints. Agés de six à douze ans, leur hérédité à tous trois est très chargée : l'alcoolisme du père, la tuberculose de la mère, les maladies infectieuses de la première enfance : tout se retrouve chez eux. L'un présente un écoulement permanent des deux oreilles, très abondant et d'odeur fétide à certains moments. S'ils savent s'habiller seuls, ils ne profèrent que des sons incompréhensibles, et n'ont jamais pu apprendre à écrire. L'un d'eux porte à la bouche tous les objets qui lui tombent sous la main, il lui est même arrivé en classe de se salir. Le maître se borne à les occuper à faire des tresses qu'ils réussissent d'ailleurs très mal, dès qu'on cesse de les observer et de les guider dans ce travail élémentaire. Ils sont tranquilles, ne troublent pas la classe, à l'exception de l'un d'eux qui est un peu agité et pousse parfois des cris. En somme la place de ces enfants n'est pas à l'école spéciale, car ils tireront peu de profit des leçons du maître : c'est à peine si l'un d'eux pourrait être amélioré par un traitement médical, au point de vue des oreilles.

L'on trouve ensuite deux arriérés pédagogiques, à qui un état maladif a interdit la fréquentation régulière de l'école. Ils sont attentifs et travailleurs. Tous les autres sont des anormaux proprement dits, paisibles mais attentifs, à l'exception de trois d'entre eux qui sont des instables très marqués. Bruyants, sans cesse occupés à se battre ou à se disputer, ces derniers

parlent haut durant la classe, font du bruit, sont dans une perpétuelle agitation. Réprimande, menaces, punitions, rien n'y fait. Vicieux, emportés, colères, ils font le désespoir de leur famille et de leur maître.

Il est à regretter que des éléments si divers soient groupés ensemble. Le maître se surmène inutilement et l'enseignement s'en ressent. On leur fait compléter des phrases simples, narrer en quelques mots le motif d'une image familière, on leur apprend à compter à l'aide de bâchettes qu'ils doivent lier par paquets de dix, on leur fait tresser des corbeilles, fabriquer de petits objets usuels, avec des morceaux de bois, etc. Les progrès sont manifestes et avec de la patience, le maître arrive à obtenir des résultats.

Mais nous n'insisterons pas davantage. Nous ajouterons seulement que tous ces enfants présentent des malformations multiples (grosse ou petite tête, asymétrie faciale, hémimimie, malformations dentaires, voûte ogivale, végétations adénoïdes, paralysies, strabisme, nystagmus, etc.) et qu'ils appartiennent la plupart à des milieux misérables ou débauchés.

OBSERVATION I

(Prise à la consultation médico-pédagogique.)

F... Clarisse, dix ans et demi. *Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler du côté paternel, un très léger degré d'éthylisme. Le père est un simple d'esprit. Famille peu aisée.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein par sa mère; a commencé à parler et à marcher comme les autres enfants. N'a pas eu de convulsions. Elle s'est bien

portée jusqu'à l'âge de six ans. A ce moment, elle aurait eu une affection pulmonaire grave, suivie d'une convalescence de deux mois. Aussitôt remise on l'envoie à l'école. Elle apprend difficilement à lire et à écrire et reste dans les classes inférieures. Il y a un an, rougeole, elle reste trois mois environ sans retourner à l'école.

Actuellement, elle est en cinquième classe (qui correspond à celle des enfants de six à sept ans). Elle sait lire et écrire, mais est incapable de faire une opération simple d'arithmétique. Sa mémoire est bonne, on peut l'employer à faire des commissions. Parfois, lorsqu'on lui fait des observations, elle prend des crises de colère. Elle n'est ni vicieuse, ni agitée. Elle est proposée à cause de son arriération pour une classe de perfectionnement.

L'examen médical ne révèle rien. C'est une enfant bien conformée pour son âge. Pas d'asymétrie faciale. La base du nez est légèrement aplatie. (C'est un signe que l'on relève très fréquemment chez ces enfants).

En résumé : Arriérée simple, légère, sans antécédents héréditaires marqués. Il faut relever seulement dans sa première enfance une maladie grave.

OBSERVATION II

(Prise à la consultation médico-pédagogique.)

X..., onze ans et demi. Quatrième enfant sur six vivants. Un mort en bas âge. *Antécédents héréditaires.* — Pas d'éthylisme, ni de syphilis, pas de tuberculose. Père mort d'accident. Mère bien portante, un peu nerveuse. *Antécédents personnels.* — Née à terme, nourrie au sein par une nourrice, pas de convulsions (ses frères et sœurs en auraient eues). Pas d'affections gastro-intestinales. A parlé et marché comme les autres enfants. Rougeole à dix ans.

Elle va en classe depuis l'âge de cinq ans : elle sait lire

et écrire; elle est en troisième classe. Ce n'est pas pour la question travail que sa maîtresse se plaint d'elle : bien que légèrement en retard sur ses camarades, elle apprend assez bien. Par contre, elle trouble la classe par ses mouvements incessants et intempestifs. Elle ne peut rester assise sur son banc. Il lui arrive plusieurs fois, durant la leçon, de se lever brusquement, de quitter sa place pour aller en un point opposé de la classe. Il est impossible de la faire retourner immédiatement à son banc : si l'on insiste, elle crie et pleure, dès qu'on ne fait plus attention à elle, elle y retourne spontanément. Malgré son âge, sa mère ne peut l'intéresser aux soins du ménage, elle fait tout à contre cœur et ne montre *aucune aptitude*. Sa mémoire est très insuffisante.

L'examen médical ne révèle rien de particulier. Pas d'asymétrie faciale, la voûte du palais est légèrement ogivale, la base du nez aplatie : elle ronfle et dort la bouche ouverte. Amygdales un peu grosses, végétations adénoïdes certaines.

En résumé : Arriérée légère, avec une instabilité physique très marquée. Enfant entêtée et colère (la question de l'épilepsie est à discuter). Mémoire presque nulle. Pas d'antécédents. Il faut signaler les végétations adénoïdes.

OBSERVATION III

(Recueillie à la consultation médico-pédagogique.)

S... Louise, sept ans. Une sœur morte en bas âge.

Antécédents héréditaires. — Ni tuberculose, ni alcoolisme, ni syphilis. Mère morte de la fièvre typhoïde. Père vivant, bien portant. Milieu honnête et travailleur.

Antécédents personnels. — Née à terme. Nourrie au sein par sa mère. Pas de convulsions dans l'enfance. N'a com-

mencé à parler correctement qu'à quatre ans : auparavant sons incompréhensibles ; n'a pu marcher qu'à deux ans. Elle a été propre de bonne heure. Quoique toujours chétive, n'a pas été malade. Elle commence seulement à se développer.

Elle va en classe depuis deux ans : elle ne sait lire que quelques lettres, ne sait pas écrire. Un peu colère. Mouvements inconscients de la tête et des yeux, remue sans cesse sur sa chaise. Pourtant on est frappé par son *air intelligent* ; elle comprend et répond vivement quand on l'interroge. Mais *blésité* très marquée, rendant certains mots presque incompréhensibles : elle dit *j* pour *s*, *ch* pour *r*, etc.

L'examen médical permet de constater un retard évident dans la croissance de cette enfant, mais rien d'autre.

En résumé : Arriérée légère par troubles de la phonation.

OBSERVATION IV

(Recueillie à la classe spéciale de la rue Pierre-Corneille.)

S..., neuf ans, l'aîné de trois enfants.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, vingt-neuf ans, ménagère. Père, doreur sur bois, trente-deux ans, a eu une pleurésie à dix-neuf ans, qui a été ponctionnée deux fois et a duré un mois. Coliques de plomb soignées à l'Hôtel-Dieu il y a trois ans ; malade depuis un an environ, en traitement en ce moment, salle Sainte-Elisabeth (service de M. le professeur Lépine) pour une tuberculose pulmonaire (marche rapide). Buvait à vingt ans deux à trois absinthes par jour. Il a fait de grands excès d'alcool et d'absinthe jusque vers trente ans. A cessé de boire depuis huit mois environ. Pas de syphilis.

Antécédents personnels. — Né à terme, mis en nourrice par sa mère. N'a pas eu de convulsions, mais n'a marché qu'à deux ans et demi. Il avait une grosse tête, il a gardé

jusque vers quatre ou cinq ans du strabisme qui a disparu depuis. Pas de maladies.

C'est un enfant dissipé, instable, qui troublait une classe ordinaire. Inattentif, il apprend difficilement, bien qu'assez intelligent. D'après ses maîtres, il est absolument indiscipliné. C'est en plus un mauvais sujet. Il s'échappe de chez lui ou de l'école pour courir dans la rue, grimpant sur les tramways ou les marchepieds des voitures, ne cherchant qu'à briser et à détruire. Il est violent et frappe ceux qui sont moins forts que lui. Il a dévalisé un jour un de ses petits camarades après l'avoir battu ; un autre jour il s'est emparé d'un portemonnaie et l'a rendu après avoir volé une partie du contenu.

Les prières, les menaces, les encouragements, les corrections même administrées par ses parents n'ont aucune prise sur lui.

L'examen médical a montré les particularités suivantes : Grosse tête, hémimimie très nette qui frappe à première vue, oreille mal ourlée, voute ogivale. La taille et le développement sont normaux pour un enfant de son âge. Teint pâle, quelques ganglions au cou. Il se plaint par instant de souffrir de ses oreilles, particulièrement la gauche : on trouve de ce côté un point douloureux à la pression de la pointe de la mastoïde. Elles n'ont jamais coulé. L'examen du système nerveux montre des zones d'anesthésie variable, et une légère exagération des réflexes rotuliens. L'examen des divers appareils est resté négatif.

En résumé : arriéré moyen. Perversi, à tendances antisociales, à hérédité saturnine et tuberculeuse très nette. Hydrocéphalie dans la première enfance.

OBSERVATION V

(Recueillie à la consultation médico-pédagogique.)

G... Georgette, dix-sept ans, la cadette de quatre enfants vivants et normalement développés.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à quarante et un ans. Il avait eu la syphilis et semble avoir succombé après une longue maladie : paralysie générale progressive et tabes, d'après les détails fournis par sa femme. Il avait fait des excès éthyliques. A la naissance de Georgette, il avait déjà ressenti les atteintes de la maladie qui devait l'emporter six ans après.

La mère est vivante, âgée de cinquante-huit ans. Elle a fait trois fausses couches.

Antécédents personnels. — Née à terme, a été nourrie au sein par sa mère.

Pas de convulsions dans l'enfance. Elle a marché à quatorze mois ; a commencé à dire papa et maman à huit ou dix mois, puis en est restée là jusque vers trois et quatre ans, époque à laquelle elle s'est mise à prononcer les mots à peu près correctement. Les oreilles ont coulé vers l'âge de six ans. A signaler un premier érysipèle à dix-huit mois et un second à huit ans. Régulée depuis cinq ans. L'établissement de la puberté semble avoir eu plutôt une influence néfaste sur son état mental. Rougeole à huit ans.

Elle donne l'impression d'une enfant de dix ans par son aspect et ses allures extérieures : la taille, l'expression de la physionomie, les gestes sont ceux d'une enfant de cet âge. Lorsqu'on l'interroge, elle répond machinalement, au hasard sans réfléchir le moins du monde. Elle ignore le nom de la ville où elle se trouve, mais peut dire le nom de la rue et le numéro de la maison où elle habite.

Elle lit et écrit très mal. En calcul, elle sait tout juste faire une addition très simple. Elle ne connaît pas la valeur de l'argent ; quand on lui présente une pièce de 5 francs, elle répond 3 francs ou 4 francs. Elle répond « argent » quand on lui montre une bague ou une montre en or.

Elle a bon caractère, dit sa mère, mais pourtant celle-ci avoue que parfois elle prend des colères très vives. Toute la journée, elle reste inoccupée, parlant et chantonnant toute seule.

Elle n'a pas de mémoire, mais peut faire quelques commissions. Elle est maladroite, mais sait s'habiller seule. Elle est propre, pas d'incontinence nocturne d'urine.

L'examen médical donne les renseignements suivants : aspect infantile, pas d'asymétrie faciale, ni d'hémimimie. Oreille mal ourlée, lobule complètement adhérent. Il y a six ans, ses deux oreilles ont coulé. Langue rugueuse crevasée (signe fréquent chez les anormaux). Voûte ogivale. Strabisme. Légère inégalité pupillaire, la pupille gauche est plus grande que la droite. Le thorax est assez mal développé pour l'âge, les seins ne le sont pas du tout. L'enfant a été d'abord très effrayée par l'examen médical, elle pleurait et se débattait lorsqu'on a voulu l'ausculter.

Rien aux différents appareils. Le corps thyroïde est un peu gros ; la mère prétend que le cou de son enfant grossit de temps en temps.

En résumé : Enfant très arriérée. Hérité syphilitique et alcoolique. Erysipèle et rougeole dans l'enfance.

OBSERVATION VI

(Recueillie à l'asile de Bron dans le service de
M. le professeur Pierret.)

D... Adrien, quinze ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Père, trente-cinq ans, employé de bureau, bien portant, ni alcoolisme, ni syphilis. Mère trente-quatre ans, bien portante, un peu nerveuse.

Antécédents personnels. — Né à terme. Pas de convulsions dans l'enfance. Hydrocéphalie. A marché et parlé comme les autres enfants, malaises fréquents jusqu'à neuf ou dix ans ; a fréquenté l'école jusqu'à quatorze ans, sans grands progrès. Crises épileptiques ayant débuté en 1904. Depuis ce moment, son intelligence s'est beaucoup affaiblie,

au dire de son père, qui l'amène à l'asile. Quelques jours avant son entrée, il a présenté une excitation voisine de la fureur ; au cours d'un de ces accès, il a donné un coup de poing dans une vitre et s'est coupé un tendon extenseur de la main. Il ne veut plus coucher dans son lit.

Examen somatique. — Taille : 1 m. 63.

Bon état général. Pas de ganglions. Voûte ogivale. Dentition assez régulière. Pouls 76. Son visage accuse un peu son infériorité psychique. Il rit et fait sans cesse des grimaces. Adhérence du lobule de l'oreille. Front bas, aplatissement de l'occiput. Asymétrie faciale. Implantation très basse et irrégulière des cheveux.

Sensibilité générale normale.

La vue est bonne. Inégalité pupillaire. Pupille droite plus grande que la gauche.

Il reconnaît les objets usuels. Sens chromatique peu développé (il prend du jaune pour du blanc et il hésite pour le vert). Il entend bien (il perçoit la montre des 2 côtés à 90 centimètres).

Sens tactile peu développé. Il ne reconnaît pas au toucher, les yeux fermés, des objets usuels qu'il nomme, les yeux ouverts. La parole est distincte, mais monotone.

Démarche un peu traînante ; il ne sait pas courir. Instabilité des membres supérieurs et inférieurs, surtout marquée du côté droit. Réflexes tendineux exagérés à droite. Il est droitier, mais la force musculaire est plus développée à gauche.

Masturbation effrénée. Verge en battant de cloche.

Il a pris quelques crises épileptiques à l'asile : l'une particulièrement forte à la suite d'un embarras gastrique fébrile.

Examen psychique. — Distraction facile, pourtant il s'intéresse à ce que l'on écrit de son interrogatoire. Il regarde en dessous lorsqu'on lui parle ou qu'il répond.

Instruction rudimentaire. Il sait lire et écrire, mais ne connaît pas toutes les lettres de l'alphabet. Il ne sait pas

lire l'heure à une montre. Il peut compter, mais ne peut faire une opération simple. Il reproduit très mal un dessin et dessine très mal spontanément.

La mémoire est très faible. Test de chiffres proposés 24.790, chiffres reproduits 24.891 (les chiffres avaient été regardés trente secondes et reproduits aussitôt après).

L'association des idées est insuffisante, la perception incomplète. Le jugement et le raisonnement sont presque nuls. Il ne peut arriver à compléter des phrases simples comme celles-ci : Le charbon est Le papier est....., en indiquant les couleurs de chaque objet désigné. Lorsqu'on lui propose de répondre à une question facile et de faire attention, il répond sans réfléchir et immédiatement : « Je ne peux pas ou je ne sais pas. » Tout en écrivant il parle seul et à haute voix, se corrigeant quelquefois.

Il semble aimer ses parents ; mais sa situation à l'asile lui paraît supportable, sinon indifférente. Il lui est arrivé de battre sa mère dans des crises de fureur. Il taquine ses camarades jusqu'à ce qu'il en reçoive une correction. Il sent ce qui est bien et mal et n'est pas tout à fait dénué de sens moral. Sa famille le fait sortir tous les mois pendant quelques jours. Il prend goût à ces distractions et les raconte avec satisfaction. Signalons enfin chez lui une suggestibilité extrême qui permet de lui faire répondre à quelques minutes d'intervalle le contraire de ce qu'il a dit un instant auparavant.

En résumé : Arriéré, épileptique, impulsif et méchant.

OBSERVATION VII

B... Louise, seize ans. L'aînée, deux frères et une sœur bien portants et normaux.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, bien portants. Etant enceinte de Louise (sept mois), la mère a fait une chute à la suite de laquelle elle a eu une violente

hémorragie. Elle a terminé sa grossesse sous la menace constante d'un accouchement prématuré. On n'a pas de renseignements sur l'alcoolisme ou la syphilis.

Antécédents personnels. — Naît étonnée. Nourrie au sein par sa mère. Pas de convulsions dans l'enfance. Début de la marche : quatre ans. Elle commence à parler plus tard encore. Pas de maladies graves dans l'enfance. Réglée le 7 décembre 1907 une première fois, les règles ne réapparaissent qu'en février 1908, pour revenir une troisième fois, une quinzaine de jours après son entrée à l'asile. Elle a présenté à ce moment une période d'excitation très marquée.

Elle a été admise à l'institution de Villeurbanne (Sourds-Muets), comme arriérée en 1901. En mai 1908, elle rentre à l'asile de Bron. Le certificat médical s'exprime ainsi : « Cette enfant présente depuis quelques mois, des symptômes psychiques qui paraissent la conduire rapidement à l'aliénation mentale ». Le certificat du commissaire de police rapporte en ces termes les dépositions du directeur de l'Institution de Villeurbanne : « Elle n'a jamais pu apprendre
« quelque chose et elle m'a toujours paru n'avoir pas toute
« sa raison, mais actuellement son état s'est aggravé... et
« elle prend de véritables crises de fureur. Elle ne répond
« pas aux questions et ne se rend point compte de ses actes.
« Elle se promène à peu près nue dans le dortoir. Elle est
« gâteuse, puis quand elle prend des crises, elle déchire
« ses vêtements et frappe les autres pensionnaires, surtout
« les enfants, et ensuite s'arrache les cheveux et se mord
« les mains. »

Examen physique. — Assez forte, bien constituée. Blonde, rougit facilement. Seins bien développés.

La physionomie est inexpressive. Pas d'asymétrie faciale. Figure un peu bouffie. Le maxillaire inférieur est en retrait sur la face. Scoliose gauche. Rien au cœur ni au poumon. L'abdomen est souple. Pas de troubles de la sensibilité. Les ovaires ne sont pas douloureux. Les réflexes rotuliens

sont brusques et légèrement exagérés. Un peu de trépidation épileptoïde.

L'appareil digestif fonctionne bien. Pas de constipation.

Urines, normales.

Onychophagie. Elle blèse un peu.

Examen physique. — Louise reste immobile sur un banc, parle peu, mais se conforme aux grandes règles du service. Elle ne sait pas son âge, ni les mois, ni l'année. Elle sait qu'elle est à Bron, et qu'on y met des fous. Elle se défend d'être folle.

Elle a été presque six ans à l'école. Elle sait épeler les mots mais ne peut lire et écrire correctement. Elle ne sait pas faire correctement une addition ($2 + 2 = 6$). Elle écrit mieux son prénom que son nom ; elle convient elle-même qu'elle écrit assez mal. Elle passe facilement d'une idée à l'autre. Obéissante, un peu craintive, elle a gardé quelques souvenirs de son institution ; elle dit souvent qu'on lui faisait des misères, qu'on la taquinait, les jeunes gens surtout (ce qui ne lui déplaisait pas), dont deux lui ont laissé un souvenir plein d'intérêt. Elle s'approche de vous et vous serre tout à coup la main et parle de la jalousie des autres malades à la voir causer avec vous. Elle se prête à l'examen somatique avec un visible plaisir.

Elle exécute très mal la reproduction de modèles très simples et fait spontanément des dessins irréguliers et sans valeur, mais elle trouve très bien ce qu'elle fait et paraît être très satisfaite de son talent. Elle attire l'attention sur ses bagues et ses bracelets de perle qu'elle fait admirer à tous ceux qui viennent lui adresser la parole.

En résumé : arriérée, coquetterie et puérilité sous l'influence des préoccupations génitales. C'est là l'écueil de la méthode du Dr BOURNEVILLE que nous avons déjà signalé ; à la puberté, disait M. PIERRET dans une clinique, les garçons deviennent masturba-

teurs, les filles également étant souvent en plus exhibitionnistes.

Les deux observations suivantes ont trait à deux malades du service de M. PIERRET, à l'asile de Bron, chacune nous montre la fin d'un anormal après une vie plus ou moins agitée.

OBSERVATION VIII

A... Joseph, trente ans, ébéniste, célibataire.

On ne connaît rien sur ses antécédents héréditaires.

Voici son histoire : il ne se rappelle rien sur son enfance. Il a fréquenté très régulièrement l'école, cependant il sait lire, écrire et compter ; il a quelques notions rudimentaires d'histoire et de géographie. Vers dix-huit ans, il quitte la maison paternelle où il travaillait et se rend en Suisse, séjournant six à huit mois dans chaque ville (Genève, Lucerne, etc.). Là il exerçait sa profession, mais très irrégulièrement, changeant de patron tous les mois, ne se trouvant bien nulle part. Il ne pouvait travailler plusieurs jours de suite, et préférerait rester inoccupé une partie de la semaine. Il commence à boire du vin et de l'absinthe. Il rentre pourtant en France pour faire son service militaire. Alors, commence une histoire invraisemblable, qui aboutit à la désertion. Au régiment, il ne pouvait s'aligner sur le même rang que ses camarades ; il ne pouvait supporter le bruit des pas durant les marches : « cela lui faisait mal aux oreilles ». « Le mouvement se reproduisait, dit-il, dans ses yeux et lui était insupportable. » Plusieurs fois il restait immobile dans un coin de la chambrée sans vouloir en sortir, malgré les ordres donnés. Vers la même époque, il s'aperçut également que le roulement des voitures, la nuit surtout, lui devenait insupportable. Il reproduisait inconsciemment les gestes ou l'expression de physionomie de ceux qui lui parlaient, et se fit plusieurs fois punir pour s'être moqué de ses supérieurs. Après avoir

purgé plusieurs mois de prison et de nombreux jours de salle de police pour les motifs les plus divers, il reprit ses occupations et rentra dans la vie civile. Son existence errante recommence avec mille péripéties, dont certaines l'amènent devant le juge d'instruction. Voici son casier judiciaire jusqu'à son entrée à l'asile, motivée par sa dernière inculpation :

Juin 1897 : coups et blessures.	8 jours de prison.
Juin 1904 : vagabondage	1 —
Janvier 1905 : vol	1 mois de prison.
Juillet 1905 : vagabondage.	2 jours de prison.
Mars 1906 : rébellion, outrages et violence aux agents	2 mois de prison.
Mars 1907 : inculpation d'outrage public à la pudeur	2 —

C'est un malade calme depuis son entrée. Il se promène tête et pieds nus. (Il a quitté ses souliers sous prétexte qu'ils le faisaient souffrir, de même le port d'une coiffure lui donne mal à la tête.) Il cause seul par instants, et ses paroles sont accompagnées ou suivies d'une certaine mimique. Il répond lentement à toutes les interrogations d'une voix entrecoupée de soupirs. Il hésite par moments dans sa prononciation.

Il croit que son père l'a amené pour chercher du travail ; cependant, depuis quelques mois, il se croit persécuté par les gardiens et les fous, et demande instamment de sortir. Ce qui frappe le plus chez lui, c'est son attitude. Il se ferme la bouche de la main gauche, et de la main droite s'obstrue l'oreille avec le pouce, tandis que les autres doigts entourent l'occipital. Interrogé à ce sujet, il répond qu'il se tient la mâchoire de peur qu'elle ne tombe, car elle est détraquée, et qu'il se bouche l'oreille pour ne pas entendre le bruit, car il lui semble qu'en parlant « tout ce qu'il a dans la tête va s'effondrer ». Parfois, il se roule par terre, la tête entre les mains, en poussant des cris perçants. Il devient également agressif vis-à-vis de quelques-uns de ses camarades

moins forts que lui, et les frappe à coups de poings et de pieds.

Examen médical. — Asymétrie faciale, voûte ogivale, oreilles non ourlées. Lobules adhérents, implantation irrégulière des cheveux. Réflexes pupillaires normaux. Pupille droite plus grande que la gauche. Celle-ci réagit plus paresseusement à la lumière et à l'accomodation. L'examen des divers appareils ne donne rien de particulier. Quelques traces d'indican dans les urines. Son état va s'aggravant depuis quelques mois. Il se plaint de ne pouvoir manger à cause des mauvaises odeurs qu'on répand dans ses aliments. Il se promène complètement débraillé (veste et chemise ouverte, pantalon déboutonné). Il a conservé la même attitude qu'à son entrée, mais sa démence s'accroît. Son regard devient irrité par moments.

Résumé : Propre à rien. Alcoolique. Auditif. Exhibitionniste. Déserteur. (Pas trace de syphilis.)

OBSERVATION IX

A... Louis. Employé de commerce. Trente-quatre ans, célibataire.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont morts : il ne les a pas connus. Trois sœurs et deux frères bien portants.

Histoire du malade. — Instruction primaire. A été à l'école jusque vers six ou sept ans, puis au collège d'Annonay jusqu'à seize ans et demi. Scarlatine à douze ans. A la sortie du lycée il entra dans l'usine de son père adoptif. Celui-ci ayant fait de mauvaises affaires, il vient à Lyon au bout d'un an et demi. Il part au régiment à Valence. Il nie l'éthylisme et la syphilis.

Avant de partir au régiment, il avait, étant employé dans un magasin de la ville détourné des marchandises. On ne l'apprit que quelques jours après son incorporation. Il

passa en police correctionnelle et fut dirigé sur les Bataillons d'Afrique, à Laghouat. Il passe aux chasseurs d'Afrique au bout de huit mois, à Blida. Il y reste près de trois ans et rentre à Lyon. Il se place chez un homme d'affaires, y reste un an, puis se place dans une manufacture de lingerie pendant cinq ou six mois, et enfin devient garçon d'hôtel. A trente ans, il rengage dans la Légion pour cinq ans : il voulait faire sa carrière militaire et se trouvait trop vieux pour réussir dans le civil ! On le libère au bout de trois ans et on le fait passer à l'asile Saint-Pierre, à Marseille. Il en veut beaucoup au médecin-major qui délivra le certificat d'internement, car « il ne l'avait jamais vu et ne le connaissait pas ».

Lorsqu'on le pria de s'expliquer sur ce point, voici ce qu'il raconta : « Il a été suggestionné : on le tenait par la tête depuis un an ; des voix qu'il entend ont cherché à lui désigner quelqu'un, mais il n'en est pas sûr. Ce serait une comtesse Saint-Charles, qui est affiliée, dit-il, à une bande de filles et de souteneurs. Cette femme essaye de lui suggérer les actes les plus coupables, car elle veut profiter de ses vols. Il l'accuse d'un vol d'argent commis par lui chez son père, alors qu'il n'avait que cinq ans. Bien qu'il ait de la peine à ajouter foi à tout ce qu'on lui dit, il croit que c'est elle qui a payé le médecin-major qui l'a fait enfermer. Il raconte enfin pour expliquer ces voix qu'il entend et cette suggestion perpétuelle dans laquelle il se trouve, qu'il est médium de naissance. Ce qu'il ne raconte pas, c'est qu'à la Légion il donna des signes évidents d'aliénation mentale : refus d'obéissance incompréhensibles, ordres bizarres qu'il donnait à ses hommes (il était sous-officier). Depuis quelques mois son état mental s'est aggravé : il dit qu'il est « fils de la nature ». Sa véritable identité qu'il n'a jamais révélée est celle de Louis-Napoléon Bonaparte, etc.

Examen somatique (résumé). — Etat légèrement saburral de la langue. Léger tremblement des mains. Clignement des paupières. Pupille gauche plus grande que la

droite. Légère hyposthésie cutanée et testiculaire. Réflexes rotuliens normaux.

Toujours congestionné. Oreille droite plus chaude que la gauche.

Foie normal. Pouls un peu rapide, 95.

Pas de sillons unguéaux. Deuxième bruit cardiaque éclatant à la base. Hallucinations auditives et gustatives.

En résumé : Il s'agit d'un persécuté, voleur et magnétisé.

On retrouve dans ses antécédents l'instabilité, la bizarrerie d'humeur qui caractérisent les anormaux.

II. On doit traiter médicalement les Anormaux.

Dans bien des cas, la meilleure pédagogie, c'est l'hygiène ; le meilleur pédagogue, c'est le médecin.

(L. PROAL, *le Crime et le suicide des enfants.*)

D'après ce que nous avons appris jusqu'ici des origines de l'*Anormal*, il est facile de comprendre que le rôle que nous assignons au médecin, dans sa recherche et son traitement, est beaucoup plus étendu que celui que veulent lui attribuer les psychologues contemporains, tels que M. BINET. Avant d'être livré aux mains des pédagogues qui lui appliqueront des méthodes spéciales de travail et d'enseignement, cet enfant appartient au médecin qui, seul, sera en mesure, non seulement de découvrir la tare héréditaire ou acquise au cours de la première enfance, mais de préciser encore le nombre, l'étendue et le degré de ces cicatrices qu'une

cause insignifiante d'intoxication viendra tout à coup réveiller.

Les chapitres précédents nous ont fait voir toute la complexité de la question. Nous avons vu ce qu'il fallait entendre par les *stigmata*, dits de *dégénérescence*, qui accompagnent si souvent des lésions plus profondes du système nerveux. Ces malformations, ces insuffisances glandulaires, ces infirmités multiples de la seconde enfance deviendront à leur tour la cause provocatrice de troubles secondaires : d'abord, effets de l'infection première qui les a provoquées, au même titre que les cicatrices plus profondes laissées dans le système nerveux, elles ajouteront ensuite, par la persistance de leur présence, leur action néfaste à celles des causes normales ou pathologiques d'intoxication, durant les diverses périodes de l'évolution de l'individu qui en est atteint.

C'est ainsi que des *végétations adénoïdes* entraveront le développement physique et intellectuel d'un enfant, et particulièrement ce dernier, si son cerveau présente des points de moindre résistance. Très souvent, en effet, des végétations adénoïdes ont suffi à rendre arriérés, et pour toute leur vie, des enfants qui en étaient porteurs : c'est qu'elles n'agissent pas seulement en diminuant la puissance d'attention et l'acuité auditive, mais aussi par les phénomènes d'irritation réflexe¹ et

¹ C'est ainsi que nous avons récemment observé à l'hôpital Desgenettes, dans le service du 1^{er}s Fiévreux, un malade atteint des végétations adénoïdes qui présentait des crises d'épilepsie — très probablement d'origine réflexe — puisqu'il suffisait de toucher ces végétations pour les provoquer extemporanément.

toxique qui se passent à leur niveau, et de plus par la gêne qu'elles apportent à la fonction respiratoire, et par là, à l'oxygénation du sang. Il y a là de même pour toutes ces infirmités de la première enfance un enchaînement complexe de causes et d'effets qui se correspondent étroitement et dont la résultante se trouve être assez souvent des troubles psychiques mal caractérisés ou un certain degré d'incapacité intellectuelle inexplicable au premier abord.

Pour le médecin bien pénétré des notions de pathogénie que nous avons exposées plus haut et instruit de l'importance de ces cicatrices cérébrales si souvent méconnues, la tâche devient bien plus précise dans son but, partant plus efficace dans sa thérapeutique, si elle n'en est pas rendue toujours plus facile dans ses moyens d'action.

En somme, pour s'exprimer schématiquement, il se trouvera en présence de deux sortes de cas : ou bien il s'agira d'infirmités qu'un traitement bien compris, souvent relevant d'un spécialiste pourra guérir, ou bien il s'agira de traiter une maladie infectieuse en évolution, de supprimer une cause d'intoxication, pour voir rétrocéder ou s'amender définitivement les troubles psychiques les plus caractérisés.

Au premier rang des lésions qu'il faut guérir se placent celle des *organes des sens* : appareils qui touchent de si près au système nerveux central et qui sont si souvent en cause dans les diverses formes de l'aliénation mentale. *L'halluciné de l'ouïe* latéralise neuf fois sur dix à l'oreille malade les voix qui l'injurient : il entend qu'on lui parle de l'oreille qui ne perçoit plus

le tic tac d'une montre et présente à l'examen des lésions très appréciables. De même le *mélancolique* et le *neurasthénique* localisent à certains points de leur corps, à certains de leurs organes splanchniques leurs préoccupations morbides : l'un aura des hallucinations tactiles, qui ne perçoit plus la sensation de piquûre ou de contact ; l'autre aura des hallucinations cœnesthésiques, dont certains viscères fonctionnent mal.

Ceci dit en passant pour faire mieux comprendre l'importance qu'il faut donner aux troubles sensoriels dans la genèse des anomalies mentales présentées par les enfants. Quelques exemples et quelques chiffres ne seront passuperflus.

Les *myopes*, les *hypermétropes* surtout, et les *astigmates* sont fréquents parmi les anormaux. D'après SCHLESINGER on rencontre¹.

Une myopie peu accentuée dans 15 p. 100 des cas.

Une myopie forte — — 14 — —

Du strabisme — — 6,5 — —

Du nystagmus (rare) — 1,3 — —

VANNER a trouvé 69,1 pour 100 des Hilfsschüler de Munich qui étaient durs d'oreilles ; SCHMIDT-MONNARD 80 pour 100 dans les écoles de Halle. SCHLESINGER donne les chiffres suivants :

Hilfsschüler ayant une affection de l'oreille
moyenne en évolution . . . 33 p. 100.

¹ Le même auteur a insisté sur l'importance de l'incapacité dans la lecture des couleurs chez les anormaux :

15 pour 100 se trompent ou ne voient pas certaines couleurs ;

5 pour 100 n'en voient aucune.

Hilfsschüler simplement durs d'oreille 25 p. 100.

Le Dr VANNER a examiné systématiquement les oreilles de 39 anormaux, soit 78 oreilles. Il en a trouvé 75 qui n'entendaient pas ou mal : 11 fois, il s'agissait d'un bouchon de cérumen, 28 fois, d'un catarrhe de la trompe avec atrophie du tympan ; chez deux enfants, d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne. Parmi les autres enfants, l'on trouvait des inflammations chroniques, guéries avec ou sans perforation. Deux d'entre eux présentaient des cicatrices à la mastoïde : signature d'un processus grave qui avait touché l'oreille moyenne.

Les auteurs allemands font, à ce propos, remarquer que tous les enfants pouvaient être guéris ou améliorés en partie par un traitement bien compris. Que d'enfants considérés comme des idiots irrémédiables ont été de ce fait grandement améliorés. « *Je ne veux pas savoir*, dit VANNER, *combien d'adultes sont enterrés vivants dans des asiles d'idiots pour une surdité quasi-complète ou une surdi-mutité remontant à l'enfance.* »

Nous avons vu comment l'olfaction pouvait être gênée par des végétations adénoïdes (4,5 pour 100 des cas, d'après SCHMIDT-MONNARD).

Mais les organes des sens ne sont pas les seuls à présenter des infirmités et des lésions. Tout l'organisme peut être touché. Le médecin devra donc ausculter consciencieusement le cœur et le poumon de ses petits malades : une lésion cardiaque minime¹, une tubercu-

¹ On connaît bien les troubles de croissance liés aux lésions valvulaires, le nanisme mitral par exemple.

lose extrêmement peu étendue d'un sommet donnent souvent lieu à des troubles psychiques, qui empruntent leur caractère spécial à l'état d'infériorité dans lequel se trouve être certaine partie ou totalité de leurs hémisphères.

L'*appareil digestif*¹ est aussi celui qu'il faut surveiller le plus, à cause des phénomènes d'auto-intoxication, bien connus depuis les travaux du professeur BOUCHARD, dont il est souvent le point de départ. La *constipation* par résorption des produits toxiques de la digestion et des fermentations anormales qu'elle entraîne, les *vers intestinaux*, par les troubles qu'ils amènent dans l'organisme sont, à des titres divers, des agents provocateurs redoutables de ces troubles nerveux de l'enfance dont l'origine si obscure est trop souvent méconnue.

Mais il est encore un point sur lequel il convient d'appeler l'attention du médecin. Nous avons eu déjà l'occasion de parler du rôle important des *sécrétions internes* et des troubles variés que leur insuffisance ou leur retard d'établissement apportent dans la nutrition de l'individu. On sait aujourd'hui quel bénéfice peuvent retirer tous ces malades, retardés dans leur développement, d'une thérapeutique nouvelle, consistant dans l'emploi des extraits d'organes dont les fonctions glandulaires sont troublées. C'est ainsi que dans les

¹ M. M. de Fleury a donné les principales règles de la thérapeutique de la paresse; il insiste surtout sur la nécessité qu'il y a de régler chez les enfants l'hygiène alimentaire, l'exercice physique et l'emploi de la journée (*le Corps et l'âme de l'enfant*, A. Colin, 1899).

cas de *crétinisme* avec *myxœdème*, M. le professeur WEILL préconise l'*iodothyline* de BOWMANN (il la préfère à la glande thyroïde fraîche surtout chez les obèses, qu'elle fait considérablement maigrir). Il faut avoir soin de faire une interruption de cinq jours, tous les dix jours de traitement et de surveiller le pouls et l'appareil circulatoire des petits malades. Ce traitement a donné d'excellents résultats, par l'emploi concomitant du régime lacté et végétarien¹.

C'est à la *puberté* que s'établissent certaines sécrétions glandulaires dont l'action sur des centres nerveux déjà malades, n'est pas sans avoir de sérieux inconvénients. A ce moment-là, des enfants se révèlent mauvais sujets, indisciplinés, paresseux, qui jusque-là avaient été tranquilles et laborieux. Les garçons peuvent devenir des criminels de tout genre, les filles se livrer à la prostitution : cette autre forme de la criminalité féminine pour certains anthropologistes² ; enfin chez les uns et les autres s'établit un état nerveux spécial, qui chez de grands cicatriciels, peut se manifester sous forme de crises convulsives, rattachées soit à l'épilepsie, soit à l'hystérie.

Même chez un enfant normal, les auteurs ont signalé, à l'époque de la puberté, des états nerveux, fugaces, se manifestant par des *tendances antisociales*.

Aussi, chez la plupart des *Anormaux*, dont, jusqu'à

¹ Cours du professeur, cliniques de la Charité, 1907-1908.

² « La prostitution constitue donc une forme de criminalité, une criminalité d'impuissance qui dispense la femme plus souvent que l'homme de la criminalité violente et destructive » (Ch. Féré *Dégénérescence et criminalité*, p. 77).

l'établissement des fonctions génitales, on avait pu améliorer l'état psychique, la puberté apporte un tel trouble mental que le déséquilibre s'affirme et s'établit définitivement. Alors apparaissent de mauvais instincts que le plus souvent la patience des éducateurs ne pourra détruire. C'est ce que M. PIERRET appelle *l'Écueil de la puberté*. C'est contre cet écueil que viennent s'échouer les méthodes de M. BOURNEVILLE; et c'est là, pour le médecin, comme pour le pédagogue une bien cruelle déception que de perdre en quelques mois le fruit d'une très longue patience.

On le voit, le champ qui s'offre à l'activité médicale pour le traitement de l'anormalité est assez vaste, mais l'on peut espérer davantage. Le but du médecin moderne est encore plus de prévenir que de guérir. Comme l'écrivait M. PIERRET, « *en surveillant la santé des conjoints en voie de procréation, en suivant de très près la marche des grossesses, le développement des jeunes et l'hygiène des adultes, nous pourrions arriver à diminuer la production de ces invalides du cerveau, de ces cérébraux qui, ayant perdu leur virginité cérébrale (LASÈGUE) peuvent à l'occasion transmettre leurs tares à quelques-uns de leurs descendants*¹ ».

III. Le milieu social. — Comment finissent les anormaux. — Les chapitres précédents nous ont appris à considérer l'anormal comme un malade, et comme un malade d'un genre tout particulier : c'est un

¹ L'hérédité psychopathique, *Revue scient.*, 1896, p. 648.

faible, un infirme que la moindre intoxication, que le moindre écart de régime peut détraquer et par suite un individu mal armé pour la lutte pour la vie. S'il en fallait croire les doctrines darwiniennes et lamarckiennes sur la survivance du plus apte, la sélection sexuelle aurait tôt fait de débarrasser la société de ses *anormaux*; c'est bien en effet ce qui se produit, car beaucoup d'entre eux évoluent soit vers le crime, soit vers la folie. L'asile et la prison sont les deux endroits où l'on peut rencontrer ces « *fins d'anormaux* ». Ils y aboutissent d'autant plus vite que le milieu où ils se débattent les y pousse encore en quelque sorte fatalement.

Notre but n'est pas dans cette étude d'envisager la question d'un point de vue sociologique et moral, mais il est pourtant nécessaire pour être complet de suivre pas à pas ces *anormaux* comme des cas pathologiques, ayant une évolution propre. Nous en avons éclairci les origines, voyons-en maintenant les diverses terminaisons.

L'entourage immédiat de l'enfant, durant les premières années de sa vie, influe assurément beaucoup sur la rapidité de cette évolution, mais non sur sa nature elle-même. En effet, les parents se refusent trop souvent à considérer leur enfant comme un malade. Au contraire, certains s'illusionnent à ce point qu'ils ne voient dans leurs troubles psychiques ou nerveux que des signes d'une originalité particulière, parfois enviable de leur point de vue. Ils ne sont pas loin de les croire au contraire d'une intelligence supérieure à celle des autres enfants. Cela se voit aussi bien chez le pauvre que chez le riche, et ce sentiment est presque uni-

versellement répandu chez les parents que leur progéniture est parfaite et douée des meilleurs instincts.

Les chemins sont variés pour aboutir à la folie ou au crime : disons que nous entendons par ce mot, tous les actes antisociaux dont se rendent coupables les *anormaux*. L'enfant est assez souvent d'un milieu pauvre. D'après une statistique allemande, 74 pour 100 de ces enfants appartiennent à une classe peu instruite de la société ; 5 pour 100 à une classe tout à fait ignorante. Souvent aussi, le père et la mère travaillent chacun de leur côté et ne peuvent s'occuper de leurs enfants (36 pour 100) qui sont livrés tout jeunes à eux-mêmes. Cette grande liberté, laissée aux enfants, n'a guère d'autre inconvénient à la campagne, que de mauvaises habitudes contractées et une éducation qui laisse beaucoup à désirer ; mais dans les villes il en est autrement. Abandonnés à eux-mêmes, courant les rues toute la journée, au lieu de fréquenter l'école, ils nouent des relations dangereuses où la force du mauvais exemple achève la démoralisation que, dans ces cerveaux débiles, la force d'attraction qui existe entre ces dégénérés avait déjà commencée. Car il est à retenir ce fait, déjà signalé par bien des auteurs, que les faibles d'esprit, les *anormaux*, les vicieux de toutes sortes, sympathisent rapidement entre eux et se recherchent de préférence à tout autre enfant normal.

Ajoutons rapidement, car nous ne pouvons insister davantage sur ces points intéressants, que trop souvent ces enfants ne trouvent pas dans la famille le calme, ni l'exemple des vertus qu'ils devraient pratiquer. Dans plus d'un quart des cas, leur famille est troublée ou

dissoute ; enfin beaucoup d'entre eux sont orphelins de père et de mère. Naturellement l'alcool et toutes les déchéances physiques et morales qu'il entraîne, auront prise facile sur ces esprits débiles et suggestionnables, enclins à faire le mal. A l'heure de choisir un métier, ils ne pourront se décider à aucun ; car c'est encore là un de leurs caractères les plus intéressants que la facilité avec laquelle ils changent à tout instant de profession : Leur instabilité, autant physique que mentale les pousse à sans cesse errer d'un but à un autre sans se décider pour aucun d'eux ; ils aboutissent alors à un vagabondage plus ou moins déguisé avec tous les aléas qu'il comporte et qui, un jour ou l'autre, finit par les amener devant le juge d'instruction.

Mais il est d'autres anormaux qui appartiennent à une classe plus aisée de la société que les précédents. Ils sont encore mal connus, mais nous ne sommes pas éloignés de les croire aussi nombreux. Les familles qui tôt ou tard s'aperçoivent de leur erreur, cherchent à les cacher jusqu'au jour où un scandale les force à prendre à leur égard, des mesures particulières de correction, vouées d'ailleurs, d'avance, à l'insuccès.

En terminant, en effet, ce travail nous aurons à dire un mot du traitement moral qu'il convient d'appliquer à ces malades, et nous envisagerons les fameuses questions de leur mariage et de leur engagement qui sont les solutions généralement choisies par les familles, à bout de combinaisons. Disons dès maintenant que ces moyens héroïques sur lesquels on commence déjà à revenir, mais contre lesquels les médecins ne sauraient trop être mis en garde, précipitent, au lieu de

la retarder, l'évolution de la maladie. La prison s'ouvre assez rarement pour de tels malades, car on étouffe le plus possible les affaires et les scandales, mais elle s'ouvre quelquefois. Leurs stendances antisociales, s'exerçant dans des limites plus restreintes et dans un milieu particulier restent longtemps méconnues. L'asile, d'autre part, en recueille un grand nombre qui, sur le tard, viennent s'y échouer. Mais il est un moyen terme entre ces deux aboutissants : c'est le suicide.

L'on trouvera sans doute, que nous sommes trop bref, que chaque idée demanderait à être développée avec un plus grand luxe de détails et gagnerait d'être appuyée de quelques observations. Mais ce serait sortir des limites que nous nous sommes tracées au début de ce travail, nous entendons rester sur le terrain clinique, et si nous avons donné cet aperçu de la question d'un point de vue légèrement à côté, c'était pour en dégager les conclusions suivantes : si les familles mieux averties des choses de l'hérédité et du rôle des intoxications dans la genèse des troubles nerveux, ne considéraient pas si souvent le moral et l'état intellectuel de leur enfant comme une chose à part, indépendante, mais au contraire se pénétraient bien de cette idée que les rapports sont étroits entre l'état anatomique de la cellule nerveuse et sa fonction, et qu'à chaque instant l'une n'est que la résultante de l'autre, ils éviteraient à leurs enfants une vie manquée, trop souvent brutalement brisée, et à eux-mêmes bien des peines et des déceptions. Si d'autre part, alors que les enfants sont à l'école, les maîtres qui

se chargent de leur instruction première, savaient que les paresseux, les vicieux, les colères, et assez souvent les petits prodiges partiels¹ sont des enfants malades qui auraient un plus grand bénéfice à retirer d'un traitement médical que des pensums ou des travaux exorbitants imposés, ils s'évitent, à eux bien des ennuis et des efforts inutiles et à leurs élèves inattentifs ou trop zélés bien des catastrophes pour plus tard.

¹ « C'est que, pour eux, la perfection scolaire aura été un but ou un moyen. On ne les a dressés qu'à parfaitement obéir et ils obéiront toujours. On ne leur a pas dit que la vie commençait après, qu'il s'agissait non pas d'être toujours un élève modèle, mais de devenir bientôt un homme indépendant, valant par soi, capable d'initiative (M. de Fleury, *le Corps et l'âme de l'enfant*, p. 204). » Pour M. Pierret, les premiers d'une classe, surtout des classes supérieures d'un lycée, sont très souvent des anormaux.

CHAPITRE III

L'ENFANCE ANORMALE A L'ÉTRANGER

GÉNÉRALITÉS. — L'ORGANISATION ALLEMANDE. HILFSSCHULEN ET HILFSKLASSEN. — LES MÉDECINS D'ÉCOLE

Nous disions au début de cette étude que c'est à l'Etranger que la question de l'*Enfance anormale* a été le mieux étudiée au triple point de vue : médical, pédagogique et social. Depuis quelques années, il n'est pas de rapport, d'article de journaux ou de revues qui n'aient eu la prétention de faire connaître au public français ce qu'est à l'Etranger cette assistance des Enfants anormaux.

Ce sont, en effet, nos voisins qui ont réalisé ce que nous ne saurions trop réclamer, la collaboration étroite du pédagogue et du médecin, et c'est surtout en Allemagne que les questions d'assistance et de traitement ont fait le plus de progrès, dans le sens pédagogique particulièrement.

Après quelques généralités, nous avons l'intention de rapporter, avec assez de détails, l'organisation de l'enseignement spécial en Allemagne : pour cela nous nous servirons de quelques ouvrages que nous avons eu la bonne fortune de nous procurer et que nous

avons lus dans le texte et non à travers des analyses de revue ou de traductions françaises.

La collaboration du médecin et du pédagogue doit avoir pour but, d'après le D^r LEY, de Bruxelles, la connaissance scientifique de l'enfant et la recherche des moyens de traitement propres à l'améliorer au point de vue physique, intellectuel et moral. Nous citons textuellement :

« Il est certain qu'actuellement ni le médecin, ni le pédagogue ne sont par leur éducation professionnelle préparés à ces études et à cette collaboration.

« Il est nécessaire que dans nos Universités on prépare plus le médecin à remplir le rôle d'éducateur, qu'il a si souvent à exercer, et que dans nos écoles normales, on donne à l'enseignement de la pédagogie une base physiologique et expérimentale, qu'on apprenne aux éducateurs à étudier l'enfant. »

Ce passage est caractéristique. C'est aux termes près, la même opinion que nous retrouverons partout exprimée. Alors qu'en France nous nous disputons sur la question de savoir qui aura la priorité du médecin ou de l'instituteur, les étrangers ont su concilier les capacités de l'un et de l'autre, en les associant étroitement dans l'œuvre commune dont ils poursuivent la réalisation.

En *Belgique*, la question de l'enseignement spécial de l'enfance anormale date d'un mémoire de J. DEMOOR, en

¹ D^r Ley, la Collaboration du médecin et du pédagogue (*Arch. int. d'hyg. scol.*).

1896. La première école pour garçons a été fondée à Bruxelles en 1897. La deuxième pour garçons a été ouverte à Anvers en 1899. Depuis se sont ouvertes de nombreuses classes spéciales, adjointes selon le système allemand, aux écoles ordinaires. Au 15 octobre 1903, à Bruxelles, on comptait 35 classes dont 20 pour garçons avec 530 élèves et 15 pour filles avec 257 élèves. A Anvers, à la même époque on comptait 5 classes, comprenant 193 garçons. Nous avons sous les yeux les enquêtes faites en Belgique en 1903, communiquées à la première Conférence belge sur l'amélioration du sort de l'Enfance anormale (25 octobre 1903). On trouve 1 arriéré médical pour 850 habitants, soit au moins 8.000.

Dans 2 écoles d'un quartier populaire de Bruxelles 15 % des enfants sont arriérés d'au moins trois ans et ont dû être soumis au régime de l'enseignement spécial.

D'après ces derniers chiffres il y aurait en Belgique 135.000 enfants, filles et garçons, de six à quatorze ans, en retard de trois ans dans leurs études. Nous ne discuterons pas la valeur de ces chiffres qui pourront paraître un peu exagérés : rappelons seulement que les statistiques sont faites d'après des classifications différentes et qu'on ne saurait sérieusement les comparer entre elles non seulement d'un pays, mais d'un auteur à l'autre. Ajoutons que depuis mai 1901 existe en Belgique *une Société protectrice de l'Enfance anormale*, fondée à Bruxelles, sous la présidence de M. Jules LEJEUNE, ministre d'état, et qui s'occupe à la fois de veiller sur les enfants à leur sortie de l'école spéciale et d'améliorer le sort des anormaux profonds de toutes sortes idiots, imbeciles, épileptiques, antisociaux, etc.

Confiés à des maîtres spécialement instruits des choses de la psychologie expérimentale et pathologique, cet enseignement est dirigé par des médecins éclairés et compétents. C'est ainsi que nous trouvons à la tête de ces écoles spéciales les D^{rs} DEMOOR, DANIEL et LEY.

Nous retrouvons dans les principaux pays étrangers une organisation analogue. Nous renvoyons ceux qu'une pareille étude peut intéresser à la revue générale qu'a faite de la question, le D^r MAIMHEIMER-GOMMÈS, dans la *Revue Pédagogique* 1901, et pour ce qui concerne l'Angleterre, aux *Comptes rendus du Congrès national d'hygiène et de démographie, tenu à Londres du 10 au 17 Août 1891*.

Mais nous allons insister un peu plus sur l'organisation allemande qui présente de notre point de vue un intérêt tout particulier. Cette organisation date du milieu du siècle dernier. La première *Nebenklasse* ou *Nachhilfsklasse*¹, a été inaugurée à Halle².

KERN, en 1863, à la Société pédagogique de Leipzig traite la question de l'instruction et des soins à donner aux enfants faibles d'esprit et conclut à la création d'écoles spéciales pour les enfants qui ne peuvent emboîter le pas à leurs camarades dans les écoles ordinaires.

¹ Nebenklasse, classe annexe.

Hilfsschule et Hilfsklasse, école et classe de perfectionnement.

Hilfsschuler, élève d'école spéciale ou anormal.

² M. Mamheimer Gommès, dans la *Revue pédagogique* de 1901, n° 2, p. 411 et, à sa suite, MM. Binet et Simon (*les Enfants anormaux*, Paris, 1908, p. 5) avancent que c'est à Dresde, en 1867, que fut créée la première Hilfsklasse. Nous relevons cette erreur au passage.

STÖTZNER publia le premier écrit sur la question des Hilfsschulen sous ce titre *Des Écoles pour enfants débiles. Premier plan pour leur fondation*.

De 1860 à 1870, Géra et Eberfeld inaugurèrent leurs classes spéciales. En 1881, ce fut le tour de Leipzig et de Brunswick ¹.

A partir de cette date les *Hilfsklassen* et les *Hilfsschulen* se multiplièrent sur toute l'étendue du territoire allemand. Détail curieux : d'après ce qu'on peut lire dans les revues d'hygiène scolaire de 1900 et 1901, et les explications du Dr GIZYKIS, de Berlin, en 1903, la Capitale se contentait depuis 1898, de classes annexes où l'on plaçait ceux des enfants qui ne pouvaient suivre leurs camarades dans les classes ordinaires.

On trouvera dans le *Compte rendu des séances du Conseil municipal de Berlin* de 1898-99 l'explication détaillée de cette particularité, mais, parmi les raisons qu'on a fait valoir, certaines méritent d'être citées. Dans une grande ville comme Berlin, les enfants auraient eu de trop grandes distances à parcourir pour se rendre à l'école spéciale ; d'autre part en isolant l'enfant dans une *Hilfsschule* on consacrait pour toujours et souvent prématurément son infériorité intellectuelle.

Les Berlinoises ont préféré maintenir l'enfant anormal à son école et le placer dans une classe annexe spéciale, afin de le perfectionner et de le faire passer le plus vite possible dans les classes supérieures.

Ces classes annexes sont de 12 élèves seulement. On

¹ Il existe naturellement en Allemagne des internats spéciaux (Idiotenanstalten) pour les enfants idiots et les imbéciles irrémédiables (Dr J. Moses).

y fait douze heures d'enseignement par semaine. On n'y reçoit ordinairement que les enfants qui ont fréquenté l'école près de deux ans sans succès. D'après le Dr MAENNEL : « *Le but visé par le conseil municipal de Berlin, à savoir le retour des enfants de cet enseignement à l'école commune a été rarement atteint. Ainsi en 1903, les 91 Nebenklassen avec 755 garçons et 547 filles n'ont pu renvoyer à l'école ordinaire que 36 garçons et 29 filles.* »

De pareils résultats, au point de vue pratique, engagèrent naturellement les édiles de Berlin à modifier le système des *Nebenklassen*, d'après le modèle d'organisation adopté par les autres villes allemandes. C'est ainsi qu'en 1903, sur les indications autorisées du Dr GIZYKIS, on a distribué les 31 *Nebenklassen* en 41 écoles spéciales.

Pour donner une idée de ce qu'est en Allemagne cette organisation de l'enseignement spécial, rien n'est plus saisissant et exact à la fois, que les chiffres qu'on peut relever dans différentes revues allemandes de ces dernières années.

Voici ceux qu'on peut lire dans la *Revue pédagogique de Saxe* de 1905, et qui résument tout l'enseignement spécial en Allemagne. A cette date, il existait dans l'Empire 180 villes qui en étaient pourvues avec 492 classes, fréquentées par 5.868 garçons et 4.753 filles, non comprises les écoles de Berlin. En ajoutant ces dernières on obtenait 583 classes avec 6.623 garçons et 5.300 filles, c'est-à-dire une population de 12.000 enfants.

Il n'est pas inutile d'ajouter que cette vaste organi-

sation s'est élevée surtout par le fait des initiatives et des générosités privées. Liges de maîtres, de professeurs, de médecins, et même de parents intéressés se sont multipliées sur le territoire allemand bien avant que le gouvernement impérial ne s'occupât sérieusement de la question¹. C'est du 27 octobre 1892 que date seulement le premier décret ministériel concernant l'enseignement spécial².

Chaque Hilfsschule, en Allemagne, est placée sous la surveillance constante d'un médecin. Nous aurons l'occasion dans les pages suivantes de revenir sur le rôle de ce dernier à l'Ecole spéciale. Il n'en est pas de même des Hilfsklassen dont certaines n'ont qu'une direction pédagogique sans conseil médical (J. MOSES). Voyons maintenant quels arguments les allemands ont fait valoir pour affirmer la nécessité d'un enseignement spécial. Pour eux cette nécessité découle du principe de l'instruction obligatoire pour tous. En effet, les anormaux iront échouer à l'asile ou à l'école. A l'asile, outre qu'ils seront une charge lourde pour l'Etat qui devra les entretenir, ils ne bénéficieront pas des méthodes d'enseignement et seront condamnés de ce fait à

¹ Une des plus importantes de ces ligues fut la Société qui se reforma en 1898 d'après le programme de l'ancienne, fondée par Kern et Stötzner en 1865. Cette Société de la propagande de l'œuvre de l'enfance anormale : le « Verband des Hilfsschulen Deutschlands » publia les résultats de ses travaux et de ses efforts dans *Zeitung für Kinderforschung*.

² Depuis lors, les décrets ministériels se sont succédé et ont confirmé définitivement la participation prépondérante du gouvernement à cette œuvre de solidarité sociale (*Message* du 16 juin 1894, *Décrets ministériels* du 6 avril 1901 et du 2 janvier 1905).

rester des faibles d'esprit, des ignorants incapables de gagner leur vie. S'ils fréquentent, au contraire, l'école commune, ils seront doublement dangereux pour le maître d'abord, dont ils troubleront la classe, et à qui ils apporteront des pertes de temps et des soucis de toutes sortes ; pour leurs camarades, ensuite, dont ils seront une source contagieuse de mauvais exemples, tant au point de vue moral, qu'au point de vue intellectuel. Eux-mêmes, anormaux qu'ils sont, ne tireront qu'un maigre bénéfice de l'enseignement commun ; ils seront vite fatigués (c'est là nous le savons un de leurs caractères dominants que cette fatigue intellectuelle rapide et cette insuffisance d'attention) par les heures de leçons trop longues et trop peu variées pour eux. Cette discipline trop sévère ne tardera pas à les rendre insensibles à toute réprimande ; certains d'entre eux, déjà apathiques de leur naturel, s'habitueront bientôt à la paresse.

En somme, le but de l'*Hilfsschule* est de débarasser l'école publique d'un élément de trouble et d'essayer de faire des élèves qui la fréquentent des hommes sinon instruits, mais utiles à eux-mêmes et à leur pays. C'est là un but, noble à coup sûr, mais qui dans la pratique sera très rarement atteint ; cependant s'il en faut croire les statistiques allemandes, ils sont nombreux les enfants qui au sortir de l'*Hilfsschule*, se sont trouvés en état de gagner leur vie.

RÔLE DU MÉDECIN A L'HILFSSCHULE

Dans la recherche de ces anormaux à l'école ordinaire et plus tard dans leur examen à l'*Hilfsschule*, le

médecin allemand joue un rôle important ¹. Voici ce qu'en dit dans son petit livre : *die Hilfsschule*, le Dr MAENNEL. Le médecin conseille les parents des écoliers et aussi les maîtres, qui, souvent à leur tour, pourront donner au médecin des indications utiles pour le diagnostic et le traitement : « *Le médecin doit non seulement dépister les malades, mais aussi par un examen mental de l'écolier, préciser l'aptitude et le degré de ses facultés intellectuelles. Chaque médecin consciencieux assistera aux leçons pour contrôler ses opinions par celles du personnel enseignant. GORKES a dit : « Le médecin doit toujours aider et contrôler le pédagogue. »* Le professeur GRIESBACH veut que le médecin d'école connaisse bien sa psychiatrie et son hygiène, car il doit rendre des services à la fois, au point de vue médical et au point de vue pédagogique.

Mais plus éloquent encore est le *tableau de service*, d'un médecin d'école, depuis longtemps fixé dans sa forme et rédigé par articles, comme ceux d'un règlement imprescriptible. Voici par exemple celui du médecin d'une *Hilfsschule* de Halle : nous l'empruntons au livre du Dr MAENNEL et si nous le donnons ici à peu près *in-extenso*, c'est que nous croyons qu'il intéressera les médecins français. Nous traduisons à peu près littéralement.

¹ Nous renvoyons pour plus de détails à l'article *Schularzt* du Dictionnaire psychologique de Reins et surtout à l'article de M. le Dr Schlesinger : *Aufgaben und Ziele der schulärztlichen Tätigkeit in der Hilfsschule* die *Hilfsschule*, avril 1907.

§ 1. — Le médecin de l'école doit surveiller l'état sanitaire des élèves et les locaux de l'école.

§ 2. — Tous les enfants nouvellement entrés à l'école, sont visités médicalement, le plus tôt possible après leur admission : trois semaines au plus tard. Cet examen médical doit se renouveler tous les trimestres.

§ 3. — Les renseignements, fournis par cet examen médical, sont consignés sur une feuille spéciale qui accompagne l'enfant de classe en classe, jusqu'à l'achèvement de sa scolarité. Les enfants qui auront besoin de soins médicaux spéciaux porteront cette remarque sur leur bulletin médical et seront présentés au Directeur de l'école. Cette fiche sanitaire dont le numéro correspond à celui porté sur le registre d'entrée, est conservée dans le bureau du Directeur et tenue à la disposition du personnel enseignant et du médecin de l'école.

§ 4. — En dehors des visites générales périodiques le médecin est astreint à des visites hebdomadaires dans l'école auxquelles les maîtres doivent apporter leurs observations.

§ 5. — Le médecin de l'école n'institue pas de traitement. Les parents sont avertis par un avis imprimé, signé du directeur, qu'ils ont à conduire leur enfant, dans le plus bref délai, soit chez un médecin de la ville, soit à une polyclinique.

§ 6. — Toutes les fois que le médecin de l'école conclut à une suspension temporaire de l'enseignement ou à une limitation des heures consacrées à ce dernier, ou encore à des mesures médicopédagogiques spéciales

il doit en référer au directeur afin que l'exécution de ses prescriptions puisse être assurée.

§ 7. — A la fin de chaque année scolaire un rapport est adressé par le médecin à la municipalité, après entente avec le directeur, dans lequel il est fait mention de l'état physique de chaque sujet et des résultats obtenus, en même temps que des mesures médicales dont il a été l'objet.

Bulletin sanitaire.

Pour *Fils* *Fille*
Demeurant
Né le
Vacciné le
Revacciné le
Dans la *Ecole*
Depuis 18 .

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Classe et année.	Constitution générale.	Taille en centimètres.	Poids en kilogrammes.	Périmètre thoracique.	a) Poitrine. Abdomen. b) Colonne vertébrale. Extrémités. c) Maladies cutanées. (Parasites.)	a) Yeux. Acuité visuelle. b) Oreille. Ouf. c) Bouche. Dents. Nez Parole.	Observat. du médecin. Décisions prises pour le traitement à l'Ecole. Maladies contagieuses.	Conseils aux parents le :	Observations du Maître.

REMARQUES A CE TABLEAU

Remarques 1, 3, 4 et 10 remplies par le maître ; les autres par le médecin.

Remarques 3 et 4 sont semestrielles (mesures faites au 1/2 centimètre et au 1/4 kilogramme).

Les colonnes désignées pour le médecin doivent être remplies à l'entrée à l'Ecole (5 et 8 seulement si c'est nécessaire) ; pour les autres, elles seront complétées dans la suite au cas où il se produirait des modifications.

D'après ces prescriptions, dans le courant de l'année,

tous les élèves sont visités, ou dans le bureau du directeur, ou dans une salle de classe inoccupée, par le médecin et en présence des professeurs. Les résultats de la visite médicale sont consignés sur ce bulletin sanitaire qui est valable durant toute la scolarité et qui est disposé de la manière ci-dessus.

Résumons en quelques mots ce très long chapitre.

Pour ce, nous ne pouvons mieux faire que de transcrire à peu près la lettre que M. le Dr J. MOSES de Mannheim a eu la bonté de nous adresser au sujet de l'organisation allemande de l'Enseignement spécial.

Il existe en Allemagne des *Hilfsschulen* et des *Hilfsklassen*. Toutes deux ont une direction pédagogique ; les dernières n'ont souvent pas de médecin. La plupart des *Hilfsschulen* au contraire en possèdent un. Celui-ci examine les élèves à leur entrée, et plusieurs fois au cours de l'année scolaire, mais ne traite jamais les élèves malades qui sont confiés aux soins des praticiens de la ville ou des hôpitaux. Il s'occupe de l'hygiène des locaux¹, de l'installation des enfants, mais *jamais des questions d'enseignement*. Il existe de plus des internats privés, pour les enfants anormaux de famille riche, et qui ont une direction médicale. En résumé, dit M. MOSES *l'institution actuelle présente assurément de grands défauts, mais, en général, elle donne pleine satisfaction*.

Il ne nous appartient pas de critiquer cette organisation puisque chez nous nous sommes encore loin de

¹ Consulter J. Moses, *Die hygienische Ausgestaltung der Hilfsschule*, Leipzig, Engelmann, 1906.

posséder quelque chose d'aussi solide et d'aussi consolant pour l'avenir ; mais il est facile de voir que nos voisins ont compris depuis longtemps l'importance qu'il y avait pour une société à diminuer le plus possible son déchet en hommes, et ce qu'on devait attendre d'utile et de précis de la part de médecins éclairés pour atteindre ce but.

CHAPITRE IV

CE QUI A ÉTÉ FAIT EN FRANCE POUR LES ANORMAUX

**LES ESSAIS DE BOURNEVILLE A BICÊTRE.
LES CLASSES DE PERFECTIONNEMENT DE PARIS, BORDEAUX
ET LYON.
CONSULTATIONS MÉDICO-PÉDAGOGIQUES.**

En face de cette organisation si complète et en plein fonctionnement que possèdent certains pays étrangers, que pouvons-nous opposer en France ? — Bien peu de choses. — Nous en sommes encore à l'époque des tâtonnements et des premiers essais.

Pour ce qui concerne les arriérés profonds nous possédons certains asiles modèles, où BOURNEVILLE et ses élèves essayent, depuis de nombreuses années, d'obtenir de leurs petits malades le rendement scolaire et social le plus élevé. Il ne nous appartient pas de faire la critique de ces tentatives et des résultats qu'elles ont donnés. Pour ces derniers, ils sont fort discutés. Dans leur livre sur *les Enfants anormaux* MM. BINET et SIMON se sont livrés à une enquête circonstanciée et intéressante concernant les asiles-écoles de la Salpêtrière et de Bicêtre et ceux qui, dans les divers asiles d'aliénés de France, ont été calqués sur ce plan primitif, donné par BOURNEVILLE, pour le traitement médico-

pédagogique de l'Idiotie. Nous nous contenterons de citer deux passages de cette enquête, qui nous semblent caractéristiques et nous dispenseront d'insister plus longuement sur ce point : « Nous voulons déterminer exactement, disent ces auteurs, quel est le nombre de garçons et de filles qui, une fois rendus à la vie ordinaire, sont devenus aptes à exercer une profession et à se suffire. Sur ce point capital, les publications de Bicêtre ne donnent rien, absolument rien¹. Il est donc impossible de savoir à quoi servent tous ces services si richement dotés, etc. Les publications ne tarissent pas de renseignements sur le nombre de leçons de danse, les promenades au jardin d'acclimatation et les dépenses de lessivage etc., mais on ignore à quoi tout cela sert, quel est le bénéfice pratique et tangible que la santé en retirera. »

Et plus loin toujours à propos des mêmes écoles pour idiots : « On a une tendance irrésistible à supposer, non pas que tout l'effort de Bicêtre a été vain, mais qu'il a été disproportionné par rapport aux résultats acquis. Qu'on ait amélioré des idiots, admettons-le sans peine, mais combien cette amélioration perd de son importance si la plupart de ces idiots sont destinés à passer leur vie entière dans l'asile où ils seront nourris dans une oisiveté absolue et où, par conséquent, l'administration insouciante ne tire aucun parti de ce qui leur a été appris au prix de grands efforts. »

¹ C'est peut-être un peu exagéré. Cf. pour s'en convaincre la thèse de Royer, Paris, 1907.

Il existe en France d'autres institutions analogues et d'ordre privé, comme celles d'*Eaux-Bonnes* (Seine-et-Oise) et celle du D^r BÉRILLON à *Creteil*. Ce dernier Institut, hypnopédagogique, comme l'appellent ses fondateurs, a fait parler de lui ces dernières années, par la nouveauté des méthodes (en réalité elles sont bien anciennes : la base de toute éducation étant la suggestion) employées par le D^r BÉRILLON et ses collaborateurs. « Je traite, dit-il, par l'hypnotisme les pa-
« resseux, les pervers, les indociles, les méchants, les
« impulsifs, les hystériques, les enfants adolescents
« atteints d'incontinence d'urine » et je les rends « mal-
« léables et éducatibles ». C'est peut-être un peu exagéré, et quels que soient les résultats momentanés obtenus par la suggestion, nous ne les croyons ni assez définitifs, ni assez nombreux, pour passer dans la pratique journalière.

Mais ces dernières années on a tenté en France de créer quelque chose d'analogue aux *Hilfsschulen* et *Hilfsklassen* allemandes. Trois villes : Paris, Bordeaux et Lyon ont organisé pour leur compte des classes de perfectionnement ; enfin, une commission ministérielle s'est réunie en 1905, à l'effet d'étudier les mesures à prendre pour l'Instruction des Enfants anormaux. On peut lire tout au long dans la thèse de M. le D^r CHAZAL et dans la *Revue de pédagogie* de 1906, tome I, les conclusions intéressantes de cette commission¹.

¹ En substance, il s'agit d'un projet de création d'écoles de perfectionnement composées : 1^o De classes spéciales annexées aux écoles ordinaires ; 2^o d'écoles autonomes avec demi-pen-

De ce qui a été fait à Paris, nous ne connaissons pas grand chose et nous ne sommes pas en état de discuter les résultats obtenus¹. Pour ce qui concerne Bordeaux nous sommes mieux documenté, car les écoles spéciales fonctionnent depuis près de deux ans et l'on peut faire à leur sujet nombre de constatations intéressantes.

Dans son rapport sur les anormaux psychiques des écoles à M. le Maire de la ville de Bordeaux, M. le professeur RÉGIS donne la statistique suivante pour les écoles publiques de garçons de cette ville, en 1906 :

Sur 8.735 élèves, 452 anormaux, soit 5,17 pour 100, dont 134 non arriérés et 318 arriérés.

Parmices derniers : 6 *arriérés d'hôpitaux* ou d'asile (arriérés profonds) et 312 *arriérés d'écoles*, dont 126 *arriérés légers* et 186 *arriérés moyens*. Les arriérés légers se subdivisent en 49 *déprimés* ou *calmes* et 77 *agités* ou *instables* ; les *arriérés moyens* en 109 *déprimés* et 77 *instables*.

Le recensement des enfants anormales des écoles publiques de filles de la ville de Bordeaux a été fait en 1908 par le Dr J. ABADIE. Sur 8.820 élèves on a trouvé 511 anormales, soit 5,79 pour 100, dont 388 arriérées d'écoles, soit 4,39 pour 100. Résumant les deux en-

sionnat ; 3° d'écoles autonomes avec internat. Cf. également la thèse de Perrens, Bordeaux, 1906.

¹ Deux classes spéciales ont été créées à Paris à la suite du rapport ministériel de 1904. Pour se documenter sur ce point particulier, voir l'article de M. Gommès dans la *Revue de pédagogie* de 1904, n° 2 sur la *Consultation fondée au Dispensaire* Théophile Roussel dans le XVII^e arrondissement.

quêtes, M. ABADIE fait remarquer qu'on a examiné à Bordeaux plus de dix-sept mille enfants et que sur cette population scolaire on a trouvé une moyenne de 5,48 pour 100 d'anormaux.

Il n'est pas inutile de rappeler les principales conclusions du rapport de M. RÉGIS (1906) qui devaient faire la base de l'organisation de l'Enseignement des anormaux, aujourd'hui en voie de réalisation à Bordeaux :

1° Création d'écoles spéciales autonomes de 8 classes avec 125 élèves au maximum.

2° Création de consultations médico-pédagogiques ayant lieu au moins une fois par mois.

3° Création de cours spéciaux aux maîtres et maîtresses afin de former un personnel enseignant compétent.

Les premiers résultats fournis par les classes bordelaises de perfectionnement n'ont pas été encore publiés, mais ils le seront prochainement. M. le professeur RÉGIS ne s'est pas d'ailleurs encore prononcé sur la meilleure méthode de traitement des enfants anormaux; mais d'après sa communication au congrès de Dijon, en août dernier, l'on voit clairement qu'il penche vers l'*Institution spéciale, autonome*, pour anormaux psychiques, analogue à celles pour aveugles et pour sourds-muets.

L'*organisation lyonnaise* a fait l'objet d'une étude spéciale et détaillée, de la part de M. le Dr CHAZAL, dans sa thèse inaugurale sur les *anormaux psychiques*¹.

¹ Th. Lyon, 1908.

Il nous suffira pour en donner une idée de dire qu'il a été créé *quatre classes de perfectionnement*, annexées à 4 groupes ¹ scolaires importants de la ville, dans le courant de cette année et que prochainement va s'ouvrir une *cinquième classe* ² d'environ 15 élèves, dont quelques-uns nous ont servi de sujets d'observation au cours de cette étude. Il existe en outre à Lyon un *dispensaire médico-pédagogique* ³ qui fonctionne depuis plusieurs mois, et où la consultation gratuite a lieu tous les jeudis. Une ligue de médecins, professeurs et amis de l'enseignement s'est constituée dans le but d'assurer à cette œuvre un brillant avenir et des succès durables. Jusqu'ici les résultats ont pu donner quelque satisfaction tant aux maîtres qu'aux parents, mais ils ne sauraient faire l'objet d'une étude que dans plusieurs mois. L'œuvre est trop récente pour être jugée dès maintenant, il en est d'ailleurs de même pour toute l'organisation française ; on ne peut que l'encourager ⁴.

¹ Pour les garçons : Ecole de la rue Bossuet (Brotteaux), école de la rue Pierre-Corneille (Part-Dieu), école de la place Morel.
Pour les filles : Ecole de la grande rue de la Guillotière.

² Quartier de la route de Vienne.

³ Rue de Tunisie. La consultation est assurée à tour de rôle par des médecins désignés par le Bureau d'Hygiène.

⁴ Consulter, pour les détails, le rapport du Dr Audemard au congrès de Dijon : on y trouvera le résumé des observations faites par les professeurs chargés des classes de perfectionnement pendant les mois de mai, juin et juillet 1908.

CHAPITRE V

CE QU'IL RESTE A FAIRE

Evidemment l'organisation actuelle est insuffisante pour assurer l'instruction et le dressage de tous les anti-sociaux de la population scolaire. C'est pour excuser en quelque sorte ce retard sur nos voisins que nous croyons devoir dire un mot des obstacles qui se sont opposés et s'opposeront encore à la réalisation de cette œuvre. Il faut compter sur deux ordres de difficultés ; les unes venant des organisateurs ; les autres des familles. Aux premiers ce qui manque le plus, on l'a deviné déjà, c'est l'argent : on trouverait encore des maîtres compétents, des médecins dévoués, peut-être plus difficilement qu'on ne le croit des locaux spéciaux, mais des crédits, c'est une autre affaire. Il faut se bien pénétrer de ce fait que si les écoles spéciales allemandes ou belges sont si florissantes, c'est qu'elles sont surtout l'œuvre des municipalités et des sociétés de patronage, et que, depuis quelques années seulement, le gouvernement y a apporté son appui matériel et moral. On se soucie peu en France d'engager ses capitaux, même dans des œuvres de bienfaisance et de solidarité sociale, et l'on attend avec impatience du gouvernement des crédits et des projets de loi.

Les difficultés provenant des familles sont pour le moins aussi importantes, quant à l'effet moral produit. En Allemagne où la loi sur la gratuité et l'obligation de l'enseignement primaire n'a pas eu l'unité qu'on lui a donnée chez nous, les infractions sont rares et toujours plus sévèrement punies. En France, *les irréguliers volontaires* qui fréquentent peu ou pas du tout l'école primaire, soit par négligence des parents ou des municipalités, soit le plus souvent par la faute volontaire des premiers et la coupable complaisance des secondes, sont beaucoup plus nombreux qu'on ne se l'imagine, dans les campagnes principalement. Il faut ajouter à cela que peu de familles voient d'un bon oeil le médecin s'immiscer dans leurs affaires privées, et, à plus forte raison, le gouvernement. Si l'on éprouve déjà beaucoup de difficultés à maintenir les *normaux* à l'école, que sera-ce pour les *anormaux*? Car il faut bien avouer que les parents¹ sont prêts à protester par tous les moyens contre un maître qui demande l'exclusion de leur enfant de sa classe, et un médecin qui le considère *anormal*.

« *Anormal*, c'est un terme assez vague dans l'esprit des psychologues et des médecins, mais c'en est un à signification précise, bien qu'inexacte, dans l'esprit du profane. Cela veut dire : fou, détraqué, etc. » Aussi, lorsqu'il fut question d'établir à Bordeaux, l'Ecole spéciale à l'asile d'aliénés, c'est à peine si l'on put réunir deux ou trois enfants ; et c'est ainsi qu'à Lyon, lorsque fonctionnèrent pour la première fois

¹ Ce serait une erreur de croire que ce sont toujours les plus pauvres ou les plus ignorants.

les classes de perfectionnement, l'on fut obligé de convier les parents, sur leur demande, à venir se rendre compte par eux-mêmes que les leçons données à leurs enfants ne différaient pas considérablement de celles des classes ordinaires et qu'ils n'étaient point l'objet de quelques mauvais traitements¹.

L'on objectera que c'est une question d'habitude et un pli nouveau à donner aux mœurs actuelles, mais c'est une difficulté sur laquelle il faudra compter dans l'organisation future.

Cependant l'on peut espérer vaincre ces préjugés et ces craintes ridicules qui se font chaque jour moins résistants. *La Science*, dit M. F. LE DANTEC, *fait reculer du même coup, dans les esprits les limites de l'ignorance et celles de la peur*. D'ailleurs nous n'en voulons pour preuve que la rapidité assez grande avec laquelle le public s'est adapté aux mesures nouvelles, prises par les municipalités de Lyon et de Bordeaux envers leurs enfants malades ou indisciplinés. M. le Dr CHAZAL nous disait, en août dernier, que tout un quartier des Brotteaux, celui de la route de Vienne, avait adressé au Maire une pétition pour la création immédiate d'une classe spéciale et que, spontanément dix-huit familles avaient offert d'y placer leurs enfants.

Cela, sans doute, est encourageant et fait espérer à beaucoup d'organiseurs que l'on obtiendra les mêmes résultats pratiques que nos voisins d'Outre-Rhin moins enthousiastes, mais plus disciplinés.

¹ Car dans l'esprit du public les « fous » sont encore l'objet de quelques tortures barbares de la part des malheureux médecins aliénistes qui s'en occupent.

En attendant, il est probable que, pendant longtemps encore, les parents continueront à traiter à leur guise l'*anormalité* de leurs enfants. Nous avons précédemment indiqué les principaux remèdes, encore efficaces au yeux de la foule, il convient maintenant d'y insister un peu plus. Quand, après mille difficultés et tracas de toutes sortes, une famille est parvenue à faire franchir à son enfant cette période qui sépare la première année de la dix-huitième, une solution pleine d'espoir, s'impose à elle, du problème douloureux qui l'agitait depuis si longtemps : que ferons-nous de notre fils ? La réponse se fait attendre dix-huit ans. Ils l'engagent¹. D'ailleurs le régiment n'exerce pas seulement sur les parents, mais encore sur les anormaux eux-mêmes, la puissance de son attraction. Depuis des années on leur en a parlé, tantôt comme d'un but proposé à leur activité future, tantôt comme d'une menace de châtiement. L'idée en eux s'est fixée ; elle a grandi, s'associant à beaucoup d'autres, et, dans leur imagination souvent très forte, la vie militaire est apparue comme l'orgueilleuse réalisation de leurs rêves antisociaux. Tandis que les parents espéraient sur le changement subit de la condition nouvelle, sur les beaux et nobles sentiments qu'elle développe au cœur de ceux qui l'embrassent, sur le frein qu'elle impose par la discipline qui est la base de son organisation aux tendances trop personnelles, aux volontés inflexibles, tandis qu'ils attendaient, avouons-le, une sorte de miraculeuse rédemption, l'enfant espérait, lui, sur l'éloignement qui l'arrachait

¹ Cf. la thèse du Dr Cazeneuve, *Engagement volontaire et dégénérescence mentale*, Lyon, 1906.

au sein d'une famille despotique, sur la liberté relative que lui donnait sa carrière, sur tout le côté pittoresque et changeant de sa vie, et aussi sur la partie la moins noble de son métier : il escomptait la paresse facile, en dehors des heures d'exercices, et les satisfactions multiples à ses instincts dépravés. Tout le monde y trouvait son compte. Le père et le fils s'acheminaient vers le bureau de recrutement, et l'on prenait l'un par pitié de l'autre.

Les résultats ne se faisaient pas attendre. Le métier des armes l'avait vite dégoûté, et, à l'étonnement de tous, des parents surtout, l'on s'aperçevait un peu tard que son état mental ne lui permettait pas plus de s'adapter à la condition militaire qu'à toute autre. Il s'était vite signalé par quelque mauvais coup, par une absence illégale devenue bientôt désertion, ou tout autre manquement à la discipline qui l'amenait, très rapidement après son incorporation, devant le conseil de guerre. C'est ainsi que, dans un petit livre paru l'an dernier sous le titre *les Dégénérés dans les Bataillons d'Afrique*, un médecin militaire, le Dr Jude, dépeint l'état mental de ces engagés qui viennent s'échouer un jour aux compagnies de discipline : « *Dès dix-huit ans*
« *n'ayant encore encouru aucune condamnation, ils*
« *s'engagent, dans l'Infanterie coloniale, en général,*
« *soit que la famille les y pousse, espérant les relever*
« *soit qu'ils recherchent eux-mêmes la vie errante du*
« *soldat colonial, soit qu'ils y soient attirés par l'ap-*
« *pât de la prime. Beaucoup de ces malheureux*
« *continuent au régiment la vie de paresse qu'ils me-*
« *naient auparavant. Ils ne savent pas s'adapter à la*

« *discipline, répondent, discutent, volent, etc.* » p. 15.

Au dernier Congrès des aliénistes à Dijon, lors de la discussion du rapport du D^r CHARON sur l'assistance des anormaux, le D^r GRANJUX disait à propos de ceux qu'un placement à la campagne avait heureusement modifiés :

« Mais j'ai constaté aussi que la plupart de ces individus, qui s'étaient réadaptés à leur milieu social, étaient incapables de s'adapter à la vie militaire. Cette nouvelle et dure existence, qui n'est pas sans éprouver les normaux, troublent profondément ces anormaux ; méconnus de ceux qui les entourent, ils se sentent comme perdus. Les uns — le plus petit nombre — s'irritent et deviennent méchants ; les autres — la majorité — s'écroulent, et quand, leur état mental étant reconnu, on les réforme, ils ont perdu du terrain et ne le regagnent pas toujours. C'est là le gros danger pour l'avenir. »

Les familles, et aussi les médecins, particulièrement les médecins militaires, ne connaissent pas toujours ce danger. Les engagés volontaires sont d'ailleurs à bien d'autres titres une source d'ennuis pour les officiers, d'abord, et ensuite pour les médecins militaires eux-mêmes. Tous nos maîtres, à l'hôpital Desgenettes, n'ont cessé d'attirer notre attention sur ce point, et, si à notre tour, nous signalons cet écueil, c'est dans l'espoir d'être utile à beaucoup en permettant de l'éviter plus souvent.

Tout n'est pas erreur pourtant, dans cette opinion de la foule que la vie militaire peut transformer les anormaux, la meilleure preuve est dans ce fait que

beaucoup de médecins et même des spécialistes l'ont partagée et la partageront encore. Parmi les bons éléments thérapeutiques de cette cure sociale signalons-en deux qui sont à la base même du traitement des anormaux d'écoles tels qu'il est institué en France et à l'Etranger. C'est d'abord le changement brusque de milieu, l'éloignement souvent considérable qui peuvent heureusement transformer ces natures instables et indisciplinées. Dans une conférence sur les anormaux, M. PIERRET recommandait de « dépayser les jeunes gens les plus turbulents et de les envoyer dans les pays neufs ». N'oublions pas que c'est là une question de tempérament et que beaucoup s'y sont amenés là où d'autres s'y sont plus complètement perdus. Quelques uns contractent dans ces pays lointains les plus tristes habitudes. C'est que souvent partis trop jeunes et sans direction, dépensant des sommes d'argent parfois considérables, ils n'ont vu dans cet éloignement de la famille que la possibilité d'en abuser d'avantage ¹.

Un autre élément bienfaisant qu'apporte avec elle la vie militaire, c'est l'usage constant, à doses modérées des exercices physiques. L'éducation professionnelle est encore ce qui réussit le mieux à ces *anormaux* : déjà aux plus bas degrés de l'échelle, imbéciles et

¹ Nous avons pu, au cours des vacances dernières, observer dans le service de M. le médecin-major Schneider, à l'hôpital militaire Desgenettes, un jeune homme, en prévention de Conseil de guerre, qui avait fait des abus d'opium et d'éther aux colonies et même depuis son retour en France et qui était envoyé en observation pour troubles mentaux.

idiots profitent dans le service de M. BOURNEVILLE des travaux manuels faciles qu'on leur a appris et s'en acquittent non seulement à la satisfaction des maîtres durant leur séjour à l'asile mais souvent des patrons qui ont eu l'occasion de les employer lorsqu'ils en étaient sortis. Avec de la patience on arrive assez vite à intéresser ces instables et le travail manuel devient le grand ressort de leur instruction qui doit procéder elle aussi par manipulation et leçons de choses¹. On leur apprendra plus vite à se servir de leurs mains, que de leur cerveau ; leur avenir est plus dans le geste que dans l'idée. *Leur mettre un métier dans les mains* comme le dit M. PIERRET, afin de leur permettre un jour de gagner leur vie, et aussi de fixer leur attention et leur volonté et de détourner leur esprit des tendances vicieuses que la paresse y fait rapidement germer ; voilà surtout ce que l'éducateur et le médecin doivent essayer d'obtenir des anormaux. C'est ce qui a été fait à l'Etranger, particulièrement en Belgique et en Allemagne, où la multiplication des écoles d'apprentissage, des patronages, des colonies agricoles etc. ont donné de si merveilleux résultats. C'est aussi le but

¹ « Il faut, dit M. Beauvisage, prendre pour base l'observation des choses, des êtres et des phénomènes, encourager par l'éducation physique et le travail corporel, en songeant non seulement à exercer les muscles des bras et des jambes, mais à exercer aussi les organes des sens, à exercer la voix et la parole qui permettent l'échange des idées et des sentiments, à exercer les mains au travail en enseignant le maniement d'autres outils que le crayon et la plume. » Les programmes de l'enseignement primaire et les enfants anormaux, *Assoc. franc. pour l'avanc. des sciences*, Congrès, Lyon 1906.

que se sont proposés les membres de la Commission bordelaise dans l'essai qu'ils ont fait de cette éducation spéciale des Anormaux. Mais pour avoir des chances de réussir cette éducation professionnelle doit commencer jeune et l'école d'apprentissage tendre vers l'internat, car la fréquentation de quelques heures par jour de l'école spéciale est bien insuffisante, comme le faisait remarquer M. RÉGIS au Congrès de Dijon, pour des enfants qui retrouvent souvent, le soir, dans leur famille, les mauvais exemples, la négligence, l'insuffisance des conditions hygiéniques et l'abandon moral ¹. C'est à ce maître que nous emprunterons les conclusions suivantes : « Je crois que l'idéal, c'est de réaliser pour les anormaux psychiques, ce qu'on a déjà réalisé pour les anormaux sensoriels, aveugles et sourds-muets, c'est-à-dire l'Institution spéciale, autonome, qui a donné et qui donne, pour ces anormaux sensoriels, de si excellents résultats. La ville ou le département qui, le premier, créera en France une Institution de ce genre où seront admis tous les anormaux psychiques, à quelque degré et à quelque forme qu'ils appartiennent, et où le médecin, le pédagogue, le chef d'atelier et le chef de culture collaboreront en une étroite solidarité, aura réalisé d'emblée le maximum du progrès en ce qui concerne l'éducation et l'assistance des enfants anormaux ».

Une grosse question encore pour finir, c'est celle du *mariage*. Que de familles ont cru corriger leur fils ou

¹ Pour ces divers motifs, M. Pierret recommande de confier les anormaux à des étrangers parfaitement qualifiés.

leur fille en les mariant ! Il sortirait du cadre de notre travail de nous étendre plus longuement, mais nous ferons simplement remarquer que, pour le côté médical qui nous intéresse particulièrement, le mariage porte en lui son danger : celui de la mise au monde d'enfants qui hériteront des tares de leurs procréateurs. Nous nous sommes expliqués déjà sur l'hérédité, et sa fatalité est un non-sens scientifique auquel nous ne faisons pas appel ici.

Si le mariage, en ce sens qu'il apporte un changement dans les conditions d'existence, changement plus considérable chez la femme par l'établissement de la vie sexuelle, a pu produire de bons effets, il en est de lui comme de la vie militaire, il peut exagérer les tendances antisociales qu'il devait étouffer ; car il ne faut pas oublier, comme le disait M. le Dr CHARON dans son rapport au Congrès de Dijon, que « *les anormaux* » « *psychiques ne sont pas qu'un déchet inerte dans la* » « *collectivité. Leur activité malfaisante dans la cri-* » « *minalité, la contagion, la reproduction dégénérative,* » « *est un facteur important de destruction et de ruine* » « *pour le capital matériel et moral de l'humanité* ».

Concluons en peu de mots.

Les essais tentés en France, à Paris, à Bordeaux et à Lyon, pour l'assistance et le traitement des anormaux, ont déjà donné des résultats encourageants, mais ce qui a été fait n'est que très peu de choses en comparaison de ce qui reste à faire. Les moyens employés par les familles sont trop souvent plus dangereux qu'utiles à l'individu et à la société pour être préconisés. Il faut, au contraire, beaucoup attendre de l'édu-

cation professionnelle, des écoles de perfectionnement, des maisons de réforme, des colonies familiales et plus tard des patronages¹. Ce qu'il ne faut pas oublier surtout, c'est que, du fait de ses infirmités psychiques, l'anormal est un malade, soit héréditaire, soit cicatriciel, et assez souvent les deux à la fois; qu'il porte avec lui des tares physiques qu'un traitement précoce et longtemps poursuivi (cela est vrai surtout de la syphilis et de la tuberculose qui sont des maladies à longue échéance) peut arriver à guérir, et qu'une hygiène bien comprise peut mettre à l'abri des récives (*anormaux à accès*) et des diverses causes d'intoxication, durant le cours de son existence.

Mais avant de terminer cette étude, l'esprit même qui nous a guidé pour l'écrire nous suggère quelques observations qui pourraient, à première vue, passer pour sa propre critique. Pourtant que l'on ne se méprenne pas sur la vraie signification de ce paradoxe, car ce n'est qu'un paradoxe. D'aucuns diront, en effet, après avoir lu ce travail, que l'*anormalité* n'étant qu'une approximation d'un état mental que l'on ne peut définir entièrement, il est peut-être exagéré de vouloir prétendre à la guérir, qu'après tout les anormaux sont peut-être nécessaires dans une société, que le crime et la folie ont existé de tout temps parmi les hommes, et que le Bon et le Parfait n'existent que virtuellement par le contraste du vice et de l'imperfection

¹ Toute cette question a été débattue avec beaucoup d'autorité au dernier Congrès de Dijon. L'un des vœux émis a été celui de créer dans chaque chef-lieu de département une école de perfectionnement pour enfants anormaux.

qui gouvernent le monde ? Ils pousseront peut-être plus loin leur paradoxe et soutiendront que c'est un danger que de vouloir faire rentrer tous les hommes dans un cadre de convention, que de vouloir, dans un besoin d'égalité, faire de tous une honnête médiocrité ; que peut-être, après tout, les originaux ne sont pas inutiles à une société et qu'on risque, en les supprimant, de priver cette dernière d'une partie intéressante de son élite, car de grands hommes ont été dans leur enfance et sont restés toute leur vie des anormaux, et le progrès ne se fait que par l'effort et les idées de quelques-uns. Ils conclueront en somme que, bonne en elle-même, cette œuvre d'assistance, de traitement et de prophylaxie sociale ne donnera pas toujours dans la pratique les bons résultats qu'on en attendait.

Mais nous répondrons que ces « anormaux » supérieurs n'abondent pas et qu'ils sauront, de par le fait de leur supériorité, s'adapter suffisamment aux conditions actuelles de leur existence, et que le jour où ils deviendraient pour la société une cause de trouble et de destruction, les forces de la vie elle-même suffiraient à les éliminer. Nous répondrons également que l'œuvre en elle-même est bonne et qu'elle ne donnera pas de déceptions, si elle est bien comprise et acceptée sans d'illégitimes prétentions sur les résultats finaux qu'on attend d'elle ; qu'enfin l'on doit aller jusqu'au bout dans la recherche de la vérité, quelque force de vie et d'illusion que renferment le mensonge et l'erreur, car la science et l'homme ne sont qu'un et participent l'un et l'autre au même devenir.

CONCLUSIONS

I. On ne peut ni définir, ni classer les anormaux.

Il faut nettement séparer des anormaux, les idiots et les imbéciles. Cette distinction est capitale. On peut améliorer les premiers ; quand aux seconds, les résultats obtenus ne sont pas proportionnés aux sacrifices qu'on a faits pour eux.

II. Dans la genèse des troubles mentaux chez l'enfant il faut faire la part de l'hérédité, et surtout celle de la ou des maladies acquises.

L'hérédité pathologique n'est pas fatale. Ce qui se transmet par elle, ce ne sont pas des lésions, mais les propriétés chimiques des humeurs.

La défectuosité malative a été acquise, soit durant la vie intra-utérine, soit durant la première enfance. L'affection primitive ne guérit pas sans laisser des traces organiques. Celles-ci peuvent être plus tard le siège de phénomènes de rappel.

Toute cause d'intoxication, d'origine interne ou externe, au cours de l'évolution de l'individu, est susceptible de réveiller ces zones de moindre résistance et de provoquer des symptômes psychiques et moteurs variables avec l'intensité, l'étendue, la localisation des lésions et la nature des poisons.

Certaines maladies de la toute première enfance peuvent sommeiller par moments et réapparaître à tout instant : anormaux à rechute (PIERRET).

III. L'anormal est un malade. Pour réussir, le traitement médical doit être poursuivi longtemps et avec persévérance. Il faut surveiller l'anormal pendant des années, et l'idéal serait que le médecin puisse examiner ces malades au moins une fois par semaine.

IV. L'anormalité est susceptible d'évoluer vers le crime et la folie. Bien soignée elle peut s'améliorer d'une façon remarquable.

V. Certains pays étrangers, particulièrement l'Allemagne, ont réalisé l'assistance de l'anormal, en l'isolant dans des classes et des écoles spéciales et en le soumettant à la surveillance continue du médecin.

VI. En France, les essais tentés dans ce sens sont encore peu nombreux.

Non seulement il faudrait grouper ces anormaux dans des classes spéciales, selon leurs aptitudes diverses et leur donner des maîtres compétents, mais procurer aux familles nécessiteuses les moyens de faire soigner sérieusement leurs enfants.

VII. Il faut éviter de réunir dans la même classe des éléments trop divers : le triage des anormaux est affaire du médecin. C'est d'un triage bien fait que dépendra en partie le succès des méthodes pédagogiques employées.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BEAUVISAGE.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 19 novembre 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE, Recensement des enfants anormaux des écoles publiques de garçons de la ville de Bordeaux (*Alliance d'hygiène sociale. Annales*, 6 janvier 1907).
- Recensement des enfants anormaux des écoles publiques de filles de la ville de Bordeaux, Bordeaux, 1908.
- APERT, *les Enfants retardataires*, J. Baillière et fils, Paris, 1902.
- AUDEMARD, *l'Œuvre de l'Enfance anormale à Lyon. Des classes de perfectionnement* (Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Dijon, août 1908).
- BALDWIN, *le Développement mental chez l'enfant et dans la race*, Paris, 1897.
- BEAUVISAGE, *les Programmes de l'enseignement primaire et les enfants anormaux* (Communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Lyon, 1906).
- BEAUVISAGE et WEILL, *l'Etude et la protection de l'enfance anormale à Lyon* (Communication au Congrès de l'Association française pour l'Avancement des sciences, Lyon, 1906).
- BERILLON (Mlle), *les Enfants et les adolescents anormaux. Procédés médico-pédagogiques qui leur sont propres* (*Journal de médecine de Paris*, 1906).
- BIAUTE, *de l'Assistance aux vieillards et aux enfants infirmes cérébraux* (*Gazette médicale de Nantes*, juin 1907).
- BINET, *le Problème des enfants anormaux* (*la Revue*, Paris, 1905).
- *Les Enfants anormaux* (*la Revue*, 1^{er} février 1904).
- *Recherches de pédagogie scientifique* (*Ann. psych.*, 1906, p. 113-136).

- BINET, *l'Etude expérimentale de l'intelligence*, Paris, 1903.
- *La Suggestibilité*, Schleicher, Paris, 1900.
- BINET et HENRI, *la Fatigue intellectuelle*, Paris, Reinwald, 1902.
- BINET et SIMON, Enquête sur le mode d'existence des sujets sortis d'une école d'arriérés (*Ann. psych.*, 1905, p. 137-145).
- *les Enfants anormaux*, A. Colin, 1908.
- BONCOUR, le Caractère épileptique chez l'enfant et l'écolier Sa valeur. Sa nature (*Progrès médical*, 1907, p. 889).
- BONJEAN, *Enfants révoltés et parents coupables*, Paris, 1895.
- BOURNEVILLE, *Recherches cliniques sur l'idiotie, l'hystérie et l'épilepsie*.
- *Assistance publique, traitement et éducation des enfants assistés* (Rapport au Congrès national d'assistance de Lyon, juin 1894).
- *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots, nerveux et arriérés* (*Progrès médical*, 5 décembre 1903).
- BOURNEVILLE, SHUTTWORTH et MIERZEJEWSKI, Anatomie pathologique de l'idiotie (Congrès international de médecine, Nantes, 1900 : *Archiv. neurol.*, 1900).
- BRUNET, *l'Assistance des dégénérés en France* (thèse de Bordeaux, 1904).
- BRUNON, l'Alcool et l'enfant (*Bulletin médical*, 1907, p. 428).
- CATRIN, l'Aliénation mentale dans l'armée (*Caducée*, 17 août 1901).
- CAVASSE, *les Dégénérés dans l'armée coloniale* (thèse de Bordeaux, 1903).
- CAZENEUVE, *Engagement volontaire et dégénérescence mentale* (thèse de Lyon, 1905).
- CHABOT, *Revue de pédagogie*. *Ann. psychol.*, 1906, p. 275 et 302.
- CHARLOT, Rapport à M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique (*Revue de pédagogie*, 1906, t. I).
- CHARRIN et BONNIOT, Influence des tares des ascendants sur la thermogenèse des descendants (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 5 mars 1898).
- CHARRIN, GUILLEMONAT et LEVADITI, Mécanismes d'insuffisance de développement des enfants issus de mères malades (*Société de biologie*, 1900, p. 16).
- CHARRIN et RICHE, l'Hérédité de la tuberculose (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 10 avril 1897).

- CHAZAL, *Anormaux psychiques* (thèse de Lyon, 1901).
- *le Dispensaire médicopédagogique municipal de Lyon* (All. d'Hyg. Soc. Congrès de Lyon, 1907).
- CLAPARÈDE, l'Illusion de poids chez les anormaux et le signe de Demoor (*Archives de psychol.*, Genève, 1902).
- COMPAYRÉ, *l'Evolution intellectuelle et morale de l'enfant*, Hachette, Paris, 1903.
- COURGEY, Recherche et classement des anormaux. Enquête sur les enfants des écoles de la ville d'Ivry-sur-Seine (*Archives internationales d'hygiène scolaire*, t. IV).
- COURJON, *des Enfants anormaux* (Communication faite à la Société médico-chirurgicale des médecins praticiens de Lyon et de la région, 1904, Poinat, Lyon, 1905).
- COURJON et GRANDVILLIERS, *l'Assistance des enfants anormaux en France* (Congrès de l'assistance des aliénés, Milan, 1906).
- CRUCHET, *les Arriérés scolaires*, Masson, Paris, 1908.
- Les Périodes de l'évolution psychique au moment de la puberté (*Progrès médical*, 31 octobre 1908).
- DALLEMAGNE, *Dégénérés et déséquilibrés*, Paris, 1894.
- DECROLY, Classification des enfants anormaux (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1905).
- DECROLY et DEGAND, Mesure de l'intelligence (*Archiv. de psych.* t. VI, juillet-août 1906).
- DELPORTE, *Etude médico-psychologique sur les altérations du caractère chez l'enfant* (thèse de Paris, 1901).
- DEMOOR et CROLY, Revue de pédagogie des anormaux (*Ann. psych.*, 1903).
- DEMOOR et DANIEL, des Enfants anormaux à Bruxelles (*Ann. psych.*, 1900).
- DEMOOR et JONCKHEERE, *les Influences de la vie urbaine sur la dégénérescence des enfants jusqu'à la quatrième génération. Enquête de l'Inst. de Soc. de Bruxelles*, 1903.
- DESCAVES, Une Expérience (*le Journal*, 29 mars 1908).
- Déchet humain, déchet social (*le Journal*, 3 décembre 1907).
- DINET, *Physiologie et pathologie de l'éducation* (thèse de Paris, 1903).
- DUBOIS, *les Arriérés*, Paris, 1906.
- DUPRAT, *l'Instabilité mentale* (thèse lettres, Paris, 1899).
- FÉRÉ, *Dégénérescence et criminalité*, Paris, 1895.
- FLEURY (M. de), *le Corps et l'âme de l'enfant*, A. Colin, 1899.
- *Introduction à la médecine de l'esprit*.

FOUILLÉE, l'Enfance criminelle (*Revue des Deux-Mondes*, 1897).
GELPKE, *Bericht über den I. intern. Kongress für Schulhyg.*
Nürnberg, 1904, Bd. IV.

— *Über die Beziehung des Sehorgans zum angeborenen und erworbenen Schwachsinn*, id.

GRANJUX, les Anormaux de l'école aux bataillons d'Afrique
(*Bulletin médical*, n° 88, p. 976, et n° 14, décembre 1907).

— De l'examen mental des hommes en prévention de conseil de guerre (*le Caducée*, 1908).

— Anormaux scolaires. Faux anormaux (*Bulletin médical*, 2 septembre 1908).

— *Les Aliénés dans l'armée* (Congrès des aliénistes et neurologistes de Marseille, 1899).

— Sur la débilité mentale dans l'armée (*Société de médecine légale*, décembre 1898).

GRASSET, *Demi-fous. Demi-responsables*, F. Alcan, Paris, 1907.

GROZMANN, Essai de classification des enfants anormaux (*Revue de neurologie*, p. 1179, 1904).

GUYAU, *Hérédité et éducation*, Alcan, 1898.

— *L'Irreligion de l'avenir*, Paris, F. Alcan.

JACQUIN, de l'Assistance et du traitement des enfants arriérés, en particulier des arriérés des écoles (*Rev. philanthr.*, 1904).

JANET, *les Obsessions et la psychasthénie*, F. Alcan, Paris, 1903.

JOLY, *l'Enfance coupable*, Paris, 1904.

JUDE, *les Dégénérés des bataillons d'Afrique*, Le Beau, Van-
nes, 1907.

JUDET DE LA COMBE, *Végétations adénoïdes et dégénérescence*
(thèse de Bordeaux, 1904).

KELLY, Expériences psycho-physiques sur les enfants normaux et anormaux (*The Psychological Review*, juillet 1903).

LAFARGUE, *Une Consultation à Bicêtre* (thèse de Paris, 1904).

LANDE, l'écriture en miroir chez les enfants anormaux (*l'Éducateur moderne*, 15 juillet 1908).

LANDOUZY, Hérédo-tuberculose (*Revue de médecine*, 1891).

LANGE, *Die Erziehung der gefährdeten Schulkinder. Pädagogik Studien, Neue folge*, Dresde, 1904.

LAVEYSSIÈRE, l'Hypnotisme appliqué (*l'Avenir médical et thérapeutique*, janvier 1908).

LE BON, *Psychologie de l'éducation*, Flammarion, Paris, 1902.

- LE DANTEC, *Traité de biologie*, F. Alcan, Paris, 1903.
- *Introduction à la pathologie générale*, F. Alcan, 1906.
 - *Evolution individuelle et hérédité*, F. Alcan, Paris, 1898.
 - *De l'Homme à la science. Philosophie du XX^e siècle*, Paris, 1907.
- LEGRAIN, *Dégénérescence sociale et alcoolisme*, Paris, 1889.
- LEÿ, CHRISTIAENS, DEMELEUMESTER, DEZUTERRE, JAECKS et VAN DEUN, la Collaboration du médecin et du pédagogue à l'école (*Archives internationale d'hygiène scolaire*, t. II, 1906).
- LUYS, Etude sur la morphologie pathologique de l'idiotie (*l'Encéphale*, 1881).
- MAENNEL, *Vom Hilfsschulwesen*, J.-B. Teubner, Leipzig, 1905.
- MAGNAN, *Leçons cliniques*, Paris, 1893.
- Héréditaires et dégénérés (*Arch. neurol.*, 1892).
- MANNHEIMER GOMMÈS, l'Instruction des enfants mentalement anormaux à l'étranger (*Revue pédagogique*, 1901, t. II).
- L'Instruction des enfants mentalement anormaux (*Revue pédagogique*, 1901, t. II, p. 407).
 - Un Dispensaire médical pour les enfants anormaux (*Revue pédagogique*, 1904, t. II).
- MATHIEU, Pédagogie physiologique (*Revue internationale d'hygiène scolaire*, Leipzig, t. I).
- MAYET, *les Stigmates anatomiques et physiologiques de dégénérescence* (thèse de Lyon, 1902).
- MAYER, *Hilfsschulen für Schwachbefähigte* (*Encyclop. Handbuch der Pädagogik Rein*, t. IV, 1^{re} partie).
- MEUSY, Note sur l'éducation des enfants arriérés de la Salpêtrière (*Ann. psychol.*, 1905, p. 83-93).
- MORGUET, l'Education de l'enfance anormale. Ses rapports avec la discipline (*l'Ecole nationale*, 1^{er}-15 mars 1904).
- MARZEJEWSKI, *Congrès de médecine*, Paris, 1900.
- MOREAU (de Tours), *la Folie chez les enfants*, Paris, 1888.
- MOSES, *Das Sonderklassensystem der Mannheimer Volksschule*, Bensheimer, Mannheim, 1904.
- Die hygienische Ausgestaltung der Hilfsschule (*Arch. intern. d'hyg. scol.*, t. III, 1907, Engelmann, Leipzig, 1906).
- NORDAU (Max), *Dégénérescence*, traduction Dietrich, Paris, 1897.
- PERRENS, *les Arriérés scolaires* (thèse de Bordeaux, 1908).

- PHILIPPE et BONCOUR, Vrais et faux anormaux scolaires (*Revue pédagogique*, 1904, t. I).
- *Les Anomalies mentales chez les écoliers*, F. Alcan, Paris, 1905.
- A propos de l'examen médico-pédagogique des écoliers épileptiques (*Archives internationales d'hygiène scolaire*, I, 1905).
- PIERRET, *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française*, Clermont-Ferrand, 1894.
- L'Hérédité psychopathique (*Revue scientifique*, 1896).
- *Les grandes lignes de l'hérédité* (Conférence).
- L'Urémie à forme nerveuse (*Progrès médical*, 1896, p. 1).
- Les Attaques apoplectiformes et épileptiformes des paralytiques généraux (*Progrès médical*, 1896, p. 219).
- Clinique sur les symptômes urémiques localisés (*Progrès médical*, 1896, p. 371).
- Sur la pathogénie des états convulsifs (*Semaine médicale*, 1896).
- Congrès de Grenoble, 1902.
- *Pathologie des cicatrices cérébro-spinales* (Congrès de médecine internationale de Rome, mars 1904).
- Cours du professeur, 1907, 1908.
- PITRES et RÉGIS, les Dégénérés dans l'armée (*le Caducée*, 20 septembre 1902).
- PEREZ, *Les trois premières années de l'enfant*, 1892.
- *L'Enfant de trois à sept ans*, 1894.
- PROAL, *L'Education et le suicide des enfants*, Alcan, Paris, 1907.
- RABAUD, Anormaux et dégénérés (*Revue de psych. et de psychol. expérimentale*, septembre 1903).
- RAULIN, le Cancro d'origine nasale (*Revue de laryngologie et de rhinologie*, 1890, n° 22).
- RAUX, *Nos jeunes détenus*, Storck, Paris, 1902.
- RAYMOND, *L'Hérédité morbide*, Vigot, Paris, 1905.
- REIN, *Encyclopädisches Handbuch der Pädagogik*.
- RÉGIS, *Traité de psychiatrie*, Paris, 1905.
- *Rapport à M. le Maire de la Ville de Bordeaux*, Bordeaux, Gounouilhou, 1907.
- *Rapport au Congrès de Dijon*, 1908.
- RIBOT, *de l'Hérédité psychologique*, Paris, 1897.
- ROUBINOWITCH, Enfants anormaux de France, nombre, mo-

- dalités, cliniques, assistance (*Bulletin médical*, n° 58, 1907).
- ROYER, de l'absolue Nécessité de l'assistance des enfants anormaux (thèse de Paris, 1907).
- ROYET, de la Forme la plus habituelle des modifications de l'intelligence et du caractère qui peuvent résulter des maladies du nez et du cavum (*Société d'Anthropologie de Lyon*, février 1903).
- SANTÈ DE SANCTIS, *Sui criteri e methodi per l'educabilità dei deficienti* (Rapport au XI^e Congrès de psychiat., Reggio-Emilia, 1903).
- Tripi e gradi di insufficienza mentale, Napoli-Grannini et Figli, 1906 (*L'Ann. psychol.*, t. XII, p. 70).
- Intorno allo patogenesi e alla classificazione della Frenastenie (*Annali di Neurologia*, ann. XIX, 1901).
- SCHLESINGER, Vorgeschichten und Befunde bei Schwachbegabten Schulkindern (*Archives internationales d'hygiène scolaire*, t. III, 1907, Leipzig, Engelmann, 1907).
- *Der Unterrichtsbetrieb in grossen Volksschulkörpern sei nicht schematisch-einheitlich sondern differenziert-einheitlich*, Bensheimer, Mannheim, 1904.
- SOLLIER, *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, Alcan, Paris, 1891).
- STADELMANN, *In Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der Pädagogischen Psychologie und Physiologie*, Ziegler et Ziehen, t. VI, 1903.
- STRAUSS, l'Education des arriérés (*la Revue*, 1^{er} novembre 1903).
- THOMAS, Leicht abnorme Kinder. Illenau (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1905).
- THULIÉ, le Dressage des jeunes dégénérés en orthophrénopédie (*Progrès médical*, Alcan, Paris, 1900).
- TOULOUSE, *Comment former un esprit*, Hachette, Paris, 1908.
- *Les Causes de la folie*, Paris, 1896.
- VASCHIDE et PELLETIER, Contribution expérimentale à l'étude des signes physiques de l'intelligence (*Revue philosophique*, 1^{er} octobre 1903).
- WEILL, *Cliniques à la Charité*, Lyon, 1907-1908.
- *Précis de médecine infantile*, Paris, 1905.
- VOISIN (A.), *Cliniques sur les maladies mentales professées à la Salpêtrière*, XXII^e leçon, p. 383, Paris, 1885.
- VOISIN (J.), les Enfants anormaux intellectuels (*Société d'hygiène et de psychologie*, séance du 16 octobre 1906).

ZIEGLER, Hilfsschulen für Schwachbefähigte (*Rein Encyclopadisches Handbuch*).

Bericht über dem I internationalen Kongress für Schulhygiene Nürnberg, 1904, t. IV.

I^{re} Conférence belge sur l'amélioration du sort de l'enfance anormale, 25 octobre 1903.

II^e Conférence belge, 1904.

IV^e Conférence suisse pour l'éducation des anormaux, Lucerne, 11-12 mai 1903.

Congrès international d'hygiène et de démographie, Londres, 10-17 août 1891.

Congrès des médecins aliénistes des pays de langue française, Dijon, 1908 (*Revue neurologique ; Bulletin médical ; Semaine médicale ; l'Encéphale*, août-septembre 1908).

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE.	9
INTRODUCTION.	13
CHAPITRE PREMIER. — Essai de pathogénie	33
CHAPITRE II. — Etude clinique.	56
CHAPITRE III. — L'enfance anormale à l'étranger	85
CHAPITRE IV. — Ce qui a été fait en France pour les anormaux.	98
CHAPITRE V. — Ce qu'il reste à faire	104
CONCLUSIONS.	117
BIBLIOGRAPHIE	119

